Cristina
MUREŞAN

Autismul Infantil.

Structuri Psihopatologice ş
Terapie Complexă



Presa Universitară Clujeană

CRISTINA MUREŞAN

AUTISMUL INFANTIL

STRUCTURI PSIHOPATOLOGICE ŞI TERAPIE COMPLEXĂ

Cartea a apărut cu sprijinul
Administrației Fondului Cultural Național

Referenți științifici:
Prof. univ. dr. Vasile Preda
Conf. univ. dr. Ioan Moldovan

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
MUREŞAN, CRISTINA
Autismul infantil : structuri psihopatologice şi terapie complexă / Cristina Mureşan. - Ed. a 3-a, rev. - Cluj-Napoca : Presa Universitară Clujeană, 2007
Bibliogr.
ISBN 978-973-610-622-4
159.963.37
616.89-008.444.4-053.2

Universitatea "Babeş-Bolyai"
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. Hasdeu nr. 45-51
400371 Cluj-Napoca, ROMÂNIA
Tel./fax: (+40)-264-597.401
E-mail: presa_universitara@easynet.ro
http://www.editura.ubbcluj.ro/

CRISTINA MUREŞAN

AUTISMUL INFANTIL

STRUCTURI PSIHOPATOLOGICE ŞI TERAPIE COMPLEXĂ

EDIŢIA A 3-A





PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

2007



CUPRINS

1. AUTISMUL – UN MIT TENACE

Scurt istoric al cercetărilor

William Shakespeare, cu o intuiţie uimitoare, explica raţiunea pentru care mitul copiilor sălbatici devenise oarecum credibil atât în perioada în care a trăit el, cât şi mai târziu. În *Poveste de iarnă,* regele Leontes doreşte moartea noului său născut, dar nu are curajul să comită el însuşi acest act; îi ordonă lui Antigonus să facă acest lucru în locul lui, dar acesta pledează pentru viaţa copilului, până când îl înduplecă pe rege să îl cruţe; acesta decide abandonarea lui în natură, iar Antigonus se roagă pentru sufletul copilului, sperând să fie găsit şi hrănit de vreun animal.

Poveşti străvechi stabiliseră deja o punte între lumea fantastică a fiarelor şi fiinţa umană, relatând experienţele unor copii abandonaţi şi crescuţi de animale. Mai mult, aceste poveşti ofereau şi asigurări legate de soarta acestor copii pierduţi, care nu erau în mod obligatoriu sortiţi pieirii. Mitul "copilului sălbatic" reflectă, cu alte cuvinte, dorinţa generală de a crede într-o natură generoasă, care, într-o manieră sau alta, are grijă de toţi copiii ei. Acest mit explică însă, într-o oarecare măsură, şi faptul că există copii care sunt percepuţi ca total diferiţi şi în raport cu care se manifestă o distanţare evidentă.

Sigur că datele referitoare la aceşti copii sunt destul de vagi, poate cu excepţia acelui caz celebru descoperit în 1799 şi relatat de doctorul Itard - Victor, "sălbaticul de la Aveyron". Astfel, de două sute de ani, istoria reeducării acestui copil şi metodele pedagogice imaginate de doctorul Itard planează încă asupra tehnicilor utilizate pentru readaptarea copiilor deficienţi. S-a remarcat faptul că "sălbaticul" Victor avea o seamă de trăsături caracteristice comune cu mulţi copii care prezintă diverse afecţiuni psihice, copii condamnaţi să-şi petreacă viaţa în instituţii de diferite tipuri.

Istoria ştiinţifică a autismului infantil începe deci cu un secol şi jumătate înainte de Kanner, mai exact în primele zile ale secolului al XIX-lea când acel copil sălbatic, capturat de vânători într-o pădure din

Franţa, este adus la Paris. Obiect al curiozităţii într-o epocă în care, pe de o parte, psihiatria se constituie ca disciplină medicală şi, pe altă parte, se pun întrebări legate de măsura în care ideile sunt înnăscute sau dobândite prin educaţie, "sălbaticul" de la Aveyron declanşează, încă de la sosire, polemici extrem de vii.

Descriindu-l pe Victor, doctorul Itard surprinde elemente extrem de interesante care, de-a lungul timpului, au dat naştere la o serie interminabilă de supoziţii. Astfel, ochii lui Victor par a se fixa doar pe obiectele strict legate de propria subzistenţă, privirea lui "hoinăreşte" vag, fără a arăta o intenţie directă, oprindu-se eventual, pentru o clipă, asupra vreunui obiect care îi produce uimire. Trăsăturile feţei sale sunt animate uneori de hohote de râs nemăsurate, care apar la diverse intervale, fără a avea vreo cauză evidentă. Afecţiunea lui se îndreaptă doar spre o serie de obiecte sau alimente care îi creează satisfacţii, iar îndepărtarea acestora îi provoacă adevărate crize de furie.

Itard notează în mai multe rânduri faptul că Victor nu ar da dovadă de sensibilitate nici la rece, dar nici la o căldură puternică. De asemenea, urechea sa pare foarte selectivă şi de o sensibilitate specială: de exemplu, zgomotul unei nuci sparte sau unul legat de alt element comestibil pe gustul său îl face să se întoarcă, în timp ce un zgomot puternic, o explozie nu are nici un efect asupra sa. Itard remarcă, de asemenea, faptul că simţul apropierii este mult mai viu decât cel al distanţei.

Toate aceste observaţii sunt dovada existenţei unor similtudini între caracteristicile copilului "sălbatic" din Aveyron şi unii copii pe care actualmente ştiinţa îi denumeşte autişti.

Un aspect care a dat şi continuă sa dea de gândit este modul în care procedeele folosite de Itard pentru reeducare au contaminat, cu timpul, însăşi educaţia, în special în ceea ce priveşte copiii mici, fără îndoială sub efectul unei teorii prea simple asupra dezvoltării intelectuale - teorie care va fi, de altfel, implicată ulterior în noţiunea de coeficient de inteligenţă. Această teorie duce la presupunerea că metodele considerate valabile pentru un copil deficient trebuie să fie luate ca atare şi pentru un copil normal mai tânăr, cu un alt coeficient, desigur, dar cu aceeaşi vârstă mintală. Convingerile filosofice ale lui Itard şi formaţia sa de medic îl

conduc către o atitudine empirică, în speranţa obţinerii unor tipuri de instruire adecvate. Din moment ce "sălbaticul" reprezintă "starea naturii", el va trebui să înveţe tot ce nu îi este oferit de către natură. Doctorul împrumută din medicină spiritul de observaţie, metoda bazată pe încercare şi eroare, care poate constitui, de fapt, o fenomenologie empirică. Cu toate acestea, el nu va aplica micului "sălbatic" un tratament medical în sens tehnic, Victor având o "sănătate de fier". Ceea ce va propune Itard nu poate fi realmente considerat ca demers terapeutic.

În momentul în care se pune problema limbajului, ies la iveală imperfecţiunile preconceptelor sale. Victor a demonstrat că ştie să-şi comunice trebuinţele, nu numai fără a folosi vorbirea, dar şi fără vreun limbaj în adevăratul sens al cuvântului, Itard remarcând faptul că el nu foloseşte un limbaj gestual, ci un "limbaj acţional", adică ceva care nu se constituie într-un limbaj propriu-zis. Întâlnirea cu mutismul "sălbaticului" dobândeşte astfel un aspect patetic, drama pedagogică ajungând într-un punct mort. Acest prim eşec nu va însemna însă un final, reeducarea va continua cu alte metode poate tot atât de neadecvate, dar semnificative.

Renunţând să-şi determine pacientul să vorbească, Itard va încerca să creeze o modalitate de comunicare prin scris. El imaginează şi construieşte un joc din litere mobile (cel care va fi ulterior perfecţionat de Maria Montessori) şi va încerca să creeze asociaţii între cuvintele formate cu literele respective şi obiectele pentru care acestea vor deveni semne. Cuvintele care îi sunt prezentate lui Victor devin, evident, obiecte care se găsesc într-un raport de corespondenţă cu alte obiecte; faptul că sunt construite din litere mobile, deci că sunt într-o oarecare manieră "articulate", nu face din ele decât obiecte de-montabile sau compuse. Victor nu învaţă în acest mod ce este limbajul, ci posibilitatea de a înlocui un obiect cu un altul asemănător.

Itard şi-a început primul raport prin a reaminti ignoranţa secolelor trecute. Copiii "sălbatici" au fost studiaţi înaintea sa. Dar, afirmă el, "în acele timpuri trecute într-atât era de total defectuos demersul studiului, al ştiinţei, înglodată în mania explicaţiilor, în incertitudinea ipotezelor şi în munca exclusivă de cabinet, încât observaţia nu valora nimic, iar o serie de fapte extrem de preţioase au fost pierdute pentru istoria naturală a omului".

În contextul creat de cercetările lui Itard şi de eşecurile sale, un alt reprezentant al cercetării franceze în domeniu, Edouard Séguin (1846), reia problematica acestor copii bizari şi îi reproşează lui Itard dominanţa inspiraţiei metafizice, dorind un plus de concret în ceea ce el numeşte "educaţie fiziologică". Séguin, cu un simţ clinic uimitor, începe prin a descrie în mod minuţios semnele a ceea ce continuă să denumească "idioţie", conferindu-i însă acesteia un sens nou, cu referire explicită la etimologie. Astfel, "idiotul" lui Séguin are, cu un secol înainte, figura autistului descris de Kanner. De asemenea, în schema de tratament, Séguin preconizează înmulţirea exerciţiilor, încercând reeducarea şi stimularea funcţiilor esenţiale: sensibilitatea, motricitatea, memoria, imaginaţia.

Istoria nu este însă, practic, niciodată lineară şi permite deseori coexistenţa unor reminiscenţe ale trecutului cu promisiunile viitorului. Încă de la sfârşitul secolului al XIX-lea, anumiţi specialişti formulează ipoteze şi îşi pun întrebări în ce măsură se poate vorbi de alienare la copii, aspect pe care alţii îl neagă cu desăvârşire. Apar însă lucrări care contrazic ultimul punct de vedere. Un cercetător francez, Moreau fiul, îndrăzneşte să-şi intituleze una dintre lucrări *Nebunia la copil*, iar un autor italian, Sante de Sanctis, descrie "demenţa precocissimă".

Puţin mai târziu, debutează în Statele Unite ale Americii, discuţiile despre schizofrenia infantilă, adică încercările de a găsi în copilărie premisele sau formele precoce ale maladiilor mentale ale adultului. Este momentul în care se impune Leo Kanner (1943), pediatru american care descrie comportamentul a 11 copii autişti; chiar dacă termenul de autism este împrumutat din psihiatria adultului (desemnând, în opinia elveţianului Bleuler, unul din semnele fundamentale ale schizofreniei), originalitatea sa este aceea de a surprinde o tulburare specifică a copilăriei, diferită de patologiile care apar mai târziu.

Contemporan cu Kanner, un austriac, Hans Asperger, descrie la Viena, în aproximativ aceiaşi termeni, o patologie foarte asemănătoare. Din cauza condiţiilor dificile din perioada respectivă şi a războiului, cei doi autori nu pot să comunice şi nu îşi vor cunoaşte reciproc lucrările decât ulterior. Dar în timp ce Kanner îşi înscrie tabloul clinic în cadrul mai general al psihozelor infantile, Asperger insistă asupra diferenţelor existente între ceea ce el denumeşte o "psihopatie", realizând un tip de

particularitate constituţională a personalităţii, şi o tulburare mentală propriu-zisă. El insistă, de asemenea, asupra competenţelor, uneori paradoxale, ale pacienţilor săi, care, exploatate adecvat, ar putea fi utilizate pe plan social; autorul vienez nu ezită să dea şi o definiţie, în care afirmă că autismul ar constitui "o modalitate originală de gândire şi de experienţă, care poate sa conducă la reuşite excepţionale în cursul vieţii". Fără îndoială, Asperger avea de-a face cu cazuri mai puţin serioase decât colegul lui american, dar trebuie luat în considerare şi contextul politic în care se lucra. În perioada regimului nazist, un diagnostic de psihoză echivala cu o condamnare la moarte. Sindromul lui Asperger este considerat, în clasificările internaţionale aflate în vigoare, ca o formă de autism atenuat, cu conservarea capacităţilor intelectuale.

Chiar dacă ţinem cont de părerile acestor "pionieri" ai domeniului, pentru cercetătorul actual este evident că ceea ce cuprinde astăzi termenul de "autism" include fenomene extrem de variate, la simptomele iniţiale descrise de aceştia adăugându-se altele, foarte numeroase. Este cunoscut faptul că majoritatea copiilor cu autism kannerian prezintă deficienţe serioase, cei mai mulţi dintre ei fiind subiecţi şi ai unor crize nervoase, în cursul cărora se manifestă diverse semne şi simptome neurologice "benigne" - o gamă largă de mişcări repetitive sau automate de tipul spasmelor, ticurilor, balansărilor ritmice, rotaţii ale corpului, jocuri implicând degetele sau bătăi din palme, probleme de coordonare şi echilibru, precum şi posibile dificultăţi specifice de iniţiere a unor mişcări, apropiate de akineziile parkinsoniene. În multe cazuri, se observă şi un vast evantai de reacţii senzoriale (deseori paradoxale) foarte marcate, în cadrul cărora senzaţiile sunt când intensificate sau chiar intolerabile, când atenuate sau absente (inclusiv percepţia durerii). La toate acestea, se adaugă, în cazul achiziţiei limbajului, tulburări diverse ale acestuia, complexe şi bizare.

Kanner şi Asperger au realizat însă tablouri clinice şi descrieri atât de clare şi de precise, încât chiar şi actualmente acestea pot servi drept modele. Începând din anii '70 s-au realizat studii mai sistematice asupra structurii mentale autiste, prin contribuţiile lui B. Hermmelin, N. O'Connor şi L. Wing. Lucrările acestei echipe formate în spiritul psihologiei cognitive au sugerat existenţa unei probleme centrale, comună tuturor autiştilor, care s-ar traduce printr-o triplă deficienţă:

insuficienţa interacţiunilor sociale, insuficienţa comunicării verbale şi nonverbale şi insuficienţa jocului şi activităţilor imaginare. Conform acestor lucrări, apariţia conjugată a acestor deficite nu ar fi întâmplătoare, deoarece ar decurge dintr-o unică perturbare fundamentală de dezvoltare. Iar în această optică, copiii autişti ar fi incapabili să conceapă şi să perceapă "spiritul", atât pentru ei înşişi, cât şi pentru ceilalţi, nereuşind dezvoltarea unei "teorii a spiritului".

Revenind însă la Kanner, ceea ce-l frapează în mod particular la cele 11 cazuri studiate de el iniţial, poate fi rezumat în următoarele trăsături:

- lipsa profundă de atracţie afectivă a subiectului autist pentru alte fiinţe umane;
- nevoia imperativă de a menţine mediul înconjurător neschimbat;
- fascinaţia pentru unele caracteristici ale obiectelor şi pentru mişcările, cu deosebire stereotipe, ale acestora;
- absenţa completă a limbajului sau întârzierea apariţiei sale şi constituirea lui, în acest din urmă caz, cu numeroase tulburări de pronunţie şi de expresie.

Kanner presupunea că aceste tulburări sunt prezente din primele zile de viaţă, dar că aptitudinile intelectuale ale acestor copii sunt, de fapt, intacte, ipoteză infirmată de cercetările ulterioare. Kanner ezită în faţa problemei privind originea ori cauzele posibile ale autismului. El îl consideră mai întâi ca un deficit al dotării native a copilului: "Trebuie să credem că aceşti copii au venit pe lume cu o incapacitate care le face imposibilă stabilirea de relaţii cu alţii".

Autismul, ca manifestare, a existat, desigur, dintotdeauna. Kanner nu l-a descoperit propriu-zis; îi datorăm însă faptul că l-a introdus în mediul medical şi că a grupat diferitele semne corelate într-un sindrom pe care l-a numit ***autism infantil*** *precoce*. Astăzi se ştie că aceste dificultăţi verbale, perceptive şi de adaptare socială persistă tot timpul vieţii, sub diferite forme, chiar dacă termenul generic întâlnit în studiile de specialitate este acela de *autism*.

În anii '50, în S.U.A., debutează o perioadă în care psihanaliza cunoaşte o dezvoltare majoră. Teoriile lui M. Mahler si B. Bettelheim despre autism dobândesc atunci un succes imens, iar interpretările cele

mai diverse abundă. Se realizează, astfel, o relație între trăsăturile de personalitate presupuse negative ale părinților și patologia copilului autist. În același context, un alt psiholog american, Bender (1959), nu percepe autismul ca o disfuncție înnăscută a SNC, ci ca o reacție defensivă. Goldstein (1959) îl consideră, de asemenea, ca o apărare secundară împotriva unei deficiențe organice. Disfuncția este, după el, incapacitatea copilului autist de a dezvolta o gândire abstractă.

Rezultatele terapiei psihanalitice întârzie însă să apară; în aceste condiții, prinde contur curentul comportamentalist. Izvorât din aceeași teorie conform căreia copilul autist este "blocat într-o rețea de reîntăriri negative" țesută de mediul parental nociv, acest curent va cunoaște un succes neașteptat în anii '60. Tehnicile comportamentale au într-adevăr avantajul de a structura mediul înconjurător, de a dezvolta motivația, și chiar dacă nu duc la vindecare, ele determină o diminuare a angoasei autistului și o ameliorare consecutivă a tulburărilor.

Astfel, Goshen (1963) a realizat studii cu copii autiști și le-a extins asupra familiei copiilor. El scoate în evidență impactul comportamentului mamei care nu a reușit să-și stimuleze copilul în perioada critică, în special aceea din primele 6-18 luni de viață. Ca rezultat, copilul poate să nu reușească să prindă semnificația limbajului și să ajungă eventual la o retardare mintală. Spitz (1964), care inițial a accentuat efectele dezastruoase ale absenței stimulării, a manifestat apoi o preocupare identică pentru condițiile opuse, afirmând că la copiii destinați să devină autiști, sensibilitatea crescută la emoțiile mamei poate fi atât de mare încât ei încearcă, prin apărare, să refuleze ceea ce este prea destructiv pentru ei.

Prin anii '70, lucrări sistematice confirmă însă faptul că personalitatea părinților sau modul de educație nu constituie originea autismului copilului. Se revine, de fapt, la primele concluzii ale lui Kanner.

Vom regăsi, pe de altă parte, în bibliografie, și o altă întrebare constantă care vizează relația *autism/psihoză*. Autismul a fost, în fapt, timp îndelungat, greșit considerat ca o formă de schizofrenie infantilă. Multe dintre formele precoce ale acesteia încep însă rareori înaintea pubertății și, în acest caz, dezvoltarea socială și cea a limbajului nu sunt calitativ perturbate în prima copilărie. Termenul psihoză nu convine, deoarece copilul nu deformează realul după ce și l-a reprezentat, el dă

mai curând impresia unui delir care nu prezintă semnele caracteristice ale delirului psihotic, iar acţiunea neurolepticelor, cunoscute pentru efectele lor benefice în psihoze, este aici extrem de limitată.

În spaţiul comentariului psihologic, mai mult sau mai puţin avizat, termenul autism va fi întrebuinţat şi în mod abuziv pentru a descrie orice conduită sau orice trăsături de personalitate care implică izolarea, refuzul sau retragerea, oricare ar fi originea acestora. Or, şi în autism, ca şi în orice sindrom, coerenţa este dată de prezenţa simultană a mai multor semne corelate. Din păcate, mulţi autori nu au dat, în acest sens, dovadă de rigoarea necesară. B. Bettelheim, când vorbea despre autism în filmele şi cărţile sale, nu lua în considerare, de exemplu, decât disfuncţiile sociale, reunind astfel suferinţe distincte sub aceeaşi denumire: copii caracteriali sau agresaţi social, copii cu carenţe senzoriale ori autişti veritabili, pentru care prognosticele şi metodele de tratament erau, în realitate, total diferite.

Definiţiile aveau să se multiplice pe parcurs şi să fie din ce în ce mai fanteziste şi personale, culminând cu propoziţia cunoscută: "este autist pentru că o simt". Aceste definiţii aveau să creeze, după cum era de aşteptat, confuzii legate de metodele de tratament, ori de aşa-zisele vindecări sau remisiuni spontane. Este important de ştiut că, în cazul autismului diagnosticat, în toată literatura de specialitate nu apare, de fapt, nici un caz vindecat.

Cu alte cuvinte, de-a lungul istoriei, începând de la Bleuler care, în *Tratatul* său afirma: „numim *autism* detaşarea de realitate, asociată cu o predominare relativă sau absolută a vieţii interioare", până la autorii contemporani care definesc autismul în termeni de anomalii sociale, comunicative şi imaginative, punând accentul pe absenţa interacţiunilor sociale reciproce şi a empatiei, pe inabilitatea angajării şi menţinerii unei conversaţii, pe o gamă restrânsă de gânduri şi interese, pe absenţa jocului imaginativ, pe insistenţa păstrării mediului neschimbat şi pe comportamentele repetitive şi stereotipe, au existat numeroase opinii privitoare la acest sindrom complex.

Iată de ce rigoarea definirii devine imperios necesară, iar delimitarea (diagnosticul diferenţial) este esenţială pentru tratarea corectă a cazului.

2. ETIOLOGIA AUTISMULUI INFANTIL – O PROBLEMĂ CONTROVERSATĂ

2.1. Teoriile psihogenetice

Ipotezele psihogenetice asupra autismului au fost formulate în anii '50, într-o perioadă în care, practic, nu exista nici un mijloc de investigare a sistemului nervos central. Ele au fost în consecinţă construite, nu pe baza unor date ştiinţifice sau a unor studii epidemiologice, care să permită decelarea unui factor de risc sau a unei cauzalităţi, ci plecând de la interpretarea unor observaţii izolate şi mai ales de la o serie de analogii. Dintre acestea se pot aminti observaţiile lui Harlow (1958), care descria tulburările de comportament la puiul de maimuţă separat de mamă, ori descrierea "hospitalismului" de către Spitz, sub forma unor reacţii de tip depresiv şi a unor dificultăţi relaţionale, la copiii separaţi de mamă de timpuriu.

Ipoteza psihogenetică a fost formulată în trei moduri:

- autismul s-ar dezvolta doar pe baze psihogene;
- ar exista două tipuri de autism - unul asociat unei patologii organice şi celălalt determinat de factori psihogeni;
- autismul ar fi rezultatul unui accident organic înnăscut combinat cu un stres psihogen.

Kanner a infirmat însă în mod public aceste ipoteze, invalidate ulterior şi de numeroase studii epidemiologice.

Aceste studii au demonstrat faptul că părinţii copiilor autişti nu erau diferiţi de alţii în privinţa stilului educativ, a patologiei psihoafective, a acceptării copilului lor şi a calităţii relaţionale cu acesta.

De asemenea, datorită analizelor clinice de fineţe s-au putut diferenţia "hospitalismul" sau consecinţele carenţelor afective, de autism. În cazul carenţelor afective este vorba de un retard omogen de dezvoltare, în vreme ce în cazul autismului acest retard este dizar-monic şi eterogen. Este adevărat faptul că şi copiii victime ale carenţei afective prezintă stereotipii, dar acestea sunt diferite de cele din autism, iar pe de

altă parte, spre deosebire de copiii autişti, aceştia caută deseori privirea cuiva şi participă foarte rapid la jocuri, alături de alţi copii. Trebuie menţionat şi faptul că tabloul carenţei afective diminuează în momentul în care copiii primesc dragostea şi atenţia necesară.

2.2. Teoriile cognitiviste

Aspectul care frapează în cadrul expunerii acestor ipoteze este contrastul existent între date care, în marea lor majoritate, converg către tulburări ale relaţiei şi simbolizării, în timp ce modelele teoretice propuse fac apel la anumite disfuncţii, chiar leziuni organice. Sunt îndepărtate *a priori* ipotezele etiologice bazate pe anomaliile precoce ale reacţiilor psihice faţă de anturaj. În măsura în care sunt recunoscute perturbări ale răspunsurilor anturajului, acestea sunt întotdeauna considerate ca o consecinţă a autismului copilului şi nu ca un aspect determinant al acestuia.

Ipotezele cognitiviste se bazează, în principal, pe date experimentale, pe o concepţie etiologică a sindromului care exclude modelele cauzalităţii non lineare, suprimând orice referinţă la efectele patogene ale anomaliilor interacţionale, deci orice psihogeneză, în favoarea unui punct de vedere organogenetic. Aceste ipoteze se pot subdivide în mai multe categorii.

2.2.1. Teoria lingvistică

Rutter a susţinut în 1985 o ipoteză lingvistică, în care propunea ca tulburare cognitivă de bază în autism, o anomalie cognitivă care include limbajul, extinzându-se şi la funcţiile sale de secvenţialitate, de abstractizare şi de codare. Ipoteza sa se bazează, pe de o parte, pe tulburările limbajului şi ale cogniţiei relevate la copilul autist şi, pe de altă parte, pe datele familiale. El a demonstrat faptul că fraţii şi surorile autiştilor prezintă în mod semnificativ mai multe întârzieri ale limbajului, tulburări ale învăţării lecturii şi un coeficient de inteligenţă verbală mai scăzut, decât cei dintr-un grup de control selectat în mod corespunzător. De aici, ipoteza sa conform căreia în autism ar exista un factor etiologic ereditar, dar nespecific, deoarece ar dirija funcţiile cognitive generale; expresia acestui factor s-ar manifesta în cadrul aceleiaşi familii în mai multe modalităţi, autismul constituind una dintre ele.

Fără îndoială, datele existente în cadrul acestei teorii sunt corecte în mare parte, dar interpretarea pe care Rutter o oferă este oarecum discutabilă în măsura în care se cunosc și alte modalități de trasmitere familială decât cea ereditară, de exemplu, cea culturală, de identificare etc.

2.2.2. Teoriile perceptive

Anomaliile perceptive existente în autism au condus la formularea a trei ipoteze:

a) Ipoteza dominanței simțurilor proximale este prima apărută, aparținându-i lui Goldfarb (1956) și preluată apoi de Schopler (1965). Conform acestei ipoteze, autiștii ar utiliza în mod preferențial simțurile proximale (tactil, gustativ, olfactiv), fapt caracteristic unui prim stadiu de dezvoltare senzorială, pe care nu l-ar depăși pentru a trece la etapa următoare, în care sunt investite simțurile distale (văz, auz). Această ipoteză este însă abandonată deoarece cercetările nu au confirmat cele două etape ale dezvoltării senzoriale a copilului; pe de altă parte, autistul prezintă atât anomalii ale simțurilor distale, cât și ale celor proximale: insensibilitate la durere, la frig și la cald.

b) *Ipoteza hiperselectivității stimulilor* a fost propusă de Lovaas, Schreibman, Koegel și Rehm (1971); conform acesteia, copilul autist ar reacționa în manieră prea exclusivă la o parte a unui mesaj, acordând atenție unor detalii, în detrimentul altor aspecte semnificative ale situației. Această hiperselectivitate nu este însă specifică, putând fi observată și în cazul altor copii deficienți, fără autism.

c) *Ipoteza instabilității perceptive,* propusă de Ornitz și Ritvo în 1968, constă în ideea conform căreia copilul autist ar fi incapabil să moduleze *input*-urile senzoriale cu *output*-urile motorii, ceea ce s-ar traduce printr-un model neobișnuit al mobilității oculare. Această ipoteză nu permite însă explicarea unor performanțe perceptivo-motrice ale autiștilor.

2.2.3. Teoria hemisfericității include autismul în cadrul tulburărilor care rezultă datorită unor anomalii ale dominanței cerebrale. Unii autori (Baltaxe, Simmons, 1981) au presupus o dominanță cerebrală dreaptă la copiii autiști. Wetherby (1984) remarcă însă faptul că achiziția limbajului de către autiști nu seamănă cu cea asubiecților cu emisfera dreaptă izolată (sărăcia achizițiilor sintactice, comparativ cu cele semantice), ci ar avea un profil complet opus.

2.2.4. Teoriile metareprezentaţionale

Uta Frith (1987) a propus termenul de "metareprezentare" pentru a desemna capacitatea de reprezentare a stării mentale a unei alte persoane într-o situaţie dată; ea a afirmat faptul că tulburarea de bază a sindromului autist ar fi tocmai *incapacitatea de metareprezentare.* Această funcţie elaborată ar putea fi localizată într-o arie cerebrală - în sistemul limbic, în opinia lui Hobson, şi în amigdală în opinia lui O'Connor. Frith şi O'Connor consideră tulburările metareprezentaţionale esenţialmente de natură cognitivă: ar fi vorba de o incapacitate înnăscută de reprezentare a altcuiva ca *loc* de gânduri şi dorinţe autonome, ceea ce aceşti autori numesc *"theory of mind"*.

Pentru Hobson însă, deficitul de comunicare emoţională ar reprezenta carenţa primară care l-ar împiedica pe copilul autist să intre într-o interacţiune afectivă cu un partener; tulburarea metareprezentaţională ar fi secundară, iar capacitatea de simbolizare a copilului ar depinde tocmai de (in)capacitatea de a împărtăşi experienţele cu ceilalţi, în cadrul acestor experienţe, copilul devenind conştient de existenţa mai multor puncte de vedere, apropiate între ele, dar diferite, asupra unui acelaşi obiect, eveniment sau situaţie. Posibilitatea subsumării acestor puncte de vedere diferite ar constitui procesul de simbolizare.

2.3. Teoriile etologice

Etologia, care studiază comportamentul animal şi uman în mediul natural, se sprijină, în principal, pe aspectele obiective ale comportamentului, îndepărtând orice ipoteză legată de stările psihice nonobservabile. Subiectul de studiu al etologului îl constituie modalităţile specifice de interacţiune a individului cu mediul său şi nu cercetarea mecanismelor generale de învăţare, aşa cum este cazul behaviorismului, şi nici cercetarea stărilor iniţiale, cum este cazul ştiinţelor cognitive. Ideea de a pune în evidenţă invariante caracteristice ale speciei subînţelege, în mod cert, existenţa unor factori constituţionali. Cu toate acestea, etologia nu urmăreşte reducerea conduitelor animale şi umane la mecanisme pur biologice. Procesul de interacţiune cu mediul, mecanismele declanşatoare au tot atât de multă importanţă ca şi factorii constituţionali.

Autismul infantil s-a înscris rapid ca un domeniu privilegiat al etologiei umane. Încă din 1966, Hutt şi colaboratorii săi au realizat un

studiu etologic al stereotipiilor autistice, demonstrând multiplicarea acestora în cazul creşterii complexităţii mediului. Aşa cum am amintit anterior, etologii îşi desfăşoară studiile cu precădere în mediul natural; cu toate acestea, nu e exclusă variaţia acestui mediu pentru observarea consecinţelor lui asupra comportamentului copilului (de exemplu, introducerea în mediu a unei persoane necunoscute, separarea copilului de o persoană cunoscută etc.). Culegerea datelor face apel, în acelaşi timp, la observaţia cercetătorului şi a notiţelor sale şi la mijloacele de înregistrare obiectivă (magnetofon, magnetoscop). În scopul studierii autismului, etologii au recurs la trei tehnici: observaţia directă, studiul filmelor familiale şi observaţia participativă.

În cadrul *observaţiei directe*, cercetătorul încearcă evitarea interferării cu fenomenele observate, dar şi înregistrarea cât mai fidelă a secvenţelor comportamentale. Pentru evitarea interferării, sunt folosite diferite tehnici de disimulare: observatorul se poate ascunde în spatele unei oglinzi neargintate, camerele video sunt deseori camuflate. (Pentru înregistrarea cât mai fidelă a secvenţelor comportamentale, etologul recurge nu numai la propriile sale observaţii, dar şi la sisteme de înregistrare obiectivă).

Studiul filmelor familiale a fost propus de către Massie în 1978. El a studiat o serie de filme realizate de părinţi în cursul primei copilării a unui autist. Aceste filme au fost apoi comparate cu unele asemănătoare realizate de părinţi ai unor copii normali.

Observaţia participativă a fost utilizată de către J.-M. Vidal (1990) în cadrul unor studii cu autişti deveniţi adulţi. Această metodă constă în a lăsa subiectului iniţiativa interacţiunilor într-un cadru precis de observaţie. Interacţiunea, odată iniţiată de subiect, antrenează un răspuns al observatorului, care se sprijină pe cuvintele subiectului, pe gesturile sau mişcările sale stereotipe, pentru a-l relansa - mai întâi, prin imitarea lor fidelă, apoi prin repetarea lor cu variaţii de tonalitate sau ritm şi, în sfârşit, prin încercarea de introducere a reciprocităţii, a aşteptării rândului în dialog sau realizarea de gesturi. Elementele obţinute sunt notate în manieră neselectivă, într-un tabel cu două coloane, una corespunzătoare "referinţei", adică raportului elementului observat cu contextul şi cea de a doua "relaţiei", adică a raportului dintre diferitele elemente observate.

Faptele şi teoriile etologice privind autismul pot fi grupate în următoarele categorii:

a) Disfuncţiile interactive precoce

Studiile filmelor familiale au arătat faptul că, cel mai adesea, autismul infantil era precedat de disfuncţii interactive precoce cu următoarele caracteristici: distorsiuni ale articulării privirii cu motricitatea, dizarmonii ale repartiţiei tonusului postural, perturbări ale atenţiei conjugate, modificări ale ritmului angajamentelor interactive cu disincronie, dizarmonie a interacţiunilor mimice, caracter incomprehensibil şi nefamiliar al emoţiilor resimţite de spectatorii filmului, diminuarea transformărilor unui mod interactiv în altul, repetarea scenariilor interactive (Mazet, 1990).

b) Deficitele comportamentale/de ataşament

În 1970, Bowlby semnala o caracteristică a acestor deficite la copiii autişti – nerecurgerea, ca în cazul altor copii, la consolarea maternă în momentele de oboseală sau suferinţă. Szurek (1973) a descris aşa numita "detaşare psihotică", ce ar fi caracteristică acestor copii, interpretând interesul autiştilor pentru obiectele fără viaţă ca o manifestare a unei devianţe a conduitelor de ataşament. Pe de altă parte, Ainsworth (1982) a denumit "evitare anxioasă" un tip de comportament pe care ea l-a interpretat ca un ataşament negativ: necăutarea reconfortului fizic lângă mamă, evitarea privirii, îndepărtare fizică activă când copilul este luat în braţe. De aici, a fost elaborată ipoteza conform căreia, în cazul autismului, ataşamentul faţă de o persoană ar fi înlocuit de un ataşament faţă de calităţile senzoriale ale unui obiect.

c) Conflictele motivaţionale

E. A. şi N. Tinbergen (1983) au susţinut o teorie etologică asupra autismului bazată pe noţiunea de "conflict motivaţional". Ei îşi construiesc ipoteza pe existenţa unor analogii între unele comportamente ale copiilor autişti şi comportamentele de reorientare şi de deplasare ale animalelor, ca răspuns la conflictele motivaţionale între apropiere şi evitare.

Ei au notat prezenţa, la copilul autist, a unor sisteme motivaţionale antagoniste: dorinţa de explorare a mediului şi frica de stimulările

suscitate de această explorare. Acest conflict se rezolvă prin oprirea procesului de explorare. Conform ipotezei acestor autori, întâlnirea copilului cu un adult se traduce printr-un conflict între dorința de apropiere de acesta și dorința de evitare a lui. Copilul manifestă atunci secvențe comportamentale în care se împletesc apropierea și evitarea. Evitarea ar fi legată de o teamă față de adult, impresionant prin talia sa și putând emite, inconștient, semnale agresive. În mod normal, acest conflict este evitat datorită răspunsurilor parentale care suprimă orice atitudine agresivă în manifestarea lor, încurajând socializarea copilului prin dovezi de tandrețe. În cazul în care părinții nu prezintă aceste atitudini sau dacă își expun în mod exagerat copilul la contacte cu persoane străine, poate să apară, în opinia autorilor menționați, o evoluție autistică, favorizată eventual de predispozițiile genetice ale copilului sau de anomalii date de leziuni neurologice.

Autorii au propus și o serie de măsuri terapeutice care decurg din ipotezele lor teoretice. Ei au descris o tehnică de "îmblânzire", care constă în a-l lăsa pe copil să se apropie de adult, fără ca acesta să pară a-i acorda o atenție susținută. În cursul acestei apropieri, terapeutul încearcă să comunice cu copilul cu privire la părinții lui în termeni pozitivi; la început, el evită contactul vizual cu copilul, respectă obiectul sau colțul favorit; doar după mai multe apropieri, adultul inițiază contacte vizuale în manieră gradată și ludică, ajustându-și comportamentul la răspunsurile copilului. Această tehnică a evoluat treptat spre ceea ce astăzi se numește *holding*, un apel la procedee de condiționare operantă și de stimulare a comportamentelor materne.

d) Abordarea din spate

Datorită analizelor realizate pentru fiecare imagine din filmele cu copii autiști, Soulayrol și colaboratorii săi (1987) au putut să demonstreze existența la aceștia, nu numai a unui conflict motiva-țional între apropiere și fugă, dar și a preferinței pentru abordarea din spate. Este vorba, în acest caz, de un comportament complet opus față de cel al copiilor normali, care se simt în siguranță printr-o abordare frontală și, dimpotrivă, pot fi speriați la o abordare din spate.

2.4. Teoriile psihodinamice

2.4.1. Teoria sistemică, izvorâtă din lucrările lui Bateson (1956), concepe tulburările mintale ale unui individ, ca fiind rezultatul unor disfuncții ale comunicării în cadrul familiei. Familia este concepută ca un sistem, ca o structură de organizare care nu se poate reduce la o simplă însumare a indivizilor ce o compun: într-un sistem, fiecare element este dependent de ansamblu, iar modificarea unui singur element modifică întreg ansamblul.

Definiția dată "legăturii duble" de către Bateson a inaugurat cercetările de psihopatologie sistemică: este vorba de o modalitate de comunicare între cel puțin doi indivizi, în care unul din parteneri, "victima", este supus, în manieră repetitivă, la o serie de incitări contradictorii, însoțite de amenințări cu pedeapsa sau catastrofa, în cazul în care subiectul nu răspunde în mod adecvat acestor incitări. Acest concept a fost folosit pe scară largă în explicarea genezei schizofreniei, dar nu a fost propriu-zis utilizat direct în studiul autismului infantil.

2.4.2. Fenomenologia își are originea în reflecții filosofice profunde asupra raporturilor subiectului cu obiectele percepțiilor și cunoștințelor sale. În locul conceperii acestor raporturi în mod direct, fenomenologia ridică problema raporturilor subiectului cu esența experiențelor sale cu obiectele. Această deplasare de accent a suscitat interesul psihiatrilor nesatisfăcuți de descrierile semiologice ale psihiatriei clasice, care, în opinia lor, treceau pe lângă esența aspectului psihopatologic și a semnificației sale profunde. În noua abordare, stările psihopatologice nu mai sunt analizate în termeni de elemente discrete, simptome care se combină în cadrul unui sindrom, ci în termeni de "proiect", de "timp trăit", de "spațiu trăit", altfel spus ca axe ale experienței psihice ce definesc "intenționalitățile".

Psihozele constituie domeniul privilegiat al explorării fenomenologice, dar este vorba aici de psihozele adultului. Psihozele infantile nu au făcut obiectul acestui tip de analiză. Nu se pot decât stabili eventuale analogii între unele descrieri fenomenologice și unele aspecte ale autismului infantil: astfel, "distorsiunea", descrisă de Binswanger ca o

modalitate de prezență, implică o necunoaștere a dimensiunilor prezenței umane a propriei persoane și a altcuiva, tratată instrumental. "Distorsiunea" poate fi apropiată de modul în care copiii autiști se folosesc de adult ca de un instrument pentru a-și atinge scopul.

2.4.3. Psihanaliza nu conține, în ea însăși, o teorie etiologică. Ipotezele psihanalitice nu se referă la etiologia autismului, ci la sensul inconștient al simptomelor, legate de suferința psihică subiacentă și de fantasmele de care aceasta este atașată. Cercetările biologice și cele psihanalitice nu sunt deci concurente, ele privesc niveluri diferite de înțelegere: biologia investighează anomaliile care determină disfuncții totale sau parțiale ale organismului; în cazul psihanalizei este vorba de a înțelege modalitatea în care viața individului se poate integra sau nu într-un tot coerent, prin relația cu celălalt și printr-o istorie personală.

Lucrările asupra autismului din acest domeniu se pot organiza sub forma a trei puncte de vedere:

a) Punctul de vedere genetic, conform căruia autismul ar corespunde unei anomalii a dezvoltării psihice reperabile în termeni de stadii ale dezvoltării. Una dintre reprezentantele acestui punct de vedere este M. Mahler (1968) care a realizat studii ample asupra psihozelor infantile, categorie în care include și autismul. Clasificarea psihozelor infantile concepută de autoare se bazează pe fazele dezvoltării descrise de ea. Cu toate acestea, ea respinge ideea conform căreia psihozele ar fi doar o reîntoarcere la un stadiu normal al dezvoltării sau o simplă fixare într-unul din aceste stadii. Ideea pe care o susține este aceea că, în dezvoltarea copilului, au existat faze peste care s-a sărit și anumite mecanisme active, care se opun reluării dezvoltării, numite "mecanisme de menținere".

În cazul autismului, mecanismul principal de menținere ar fi o conduită halucinatorie negativă, care anulează, într-o oarecare măsură, percepția mamei și a mediului exterior. Copilul nu a putut, în opinia autoarei, să-și investească mama ca "referință emoțională exterioară", ceea ce antrenează o profundă dezorganizare a imaginii corpului. Autismul poate fi primar sau secundar, determinat, în acest caz, de eșecul fazei simbiotice, imaginea mamei fiind trăită ca "imprevizibilă și dureros de frustrantă".

D.W. Winnicott (1962) descrie psihoza infantilă în termeni de eşec al adaptării mediului faţă de copil. El descrie şi aşa-numita "depresie psihotică", ce ar surveni în cazul în care mediul (mama) este deficitar într-un stadiu extrem de precoce din dezvoltarea copilului, anterior oricărei posibilităţi de simbolizare; ar fi vorba de o angoasă extremă, resimţită fizic, ca o pierdere a unei părţi a substanţei corporale, ca o discontinuitate a imaginii corpului.

B. Bettelheim (1967) a apropiat autismul infantil de unele stări psihice pe care le observase în timpul experienţelor sale trăite în lagărele de concentrare naziste, stări caracterizate prin noţiunea de "situaţie extremă", împrejurare în care individul are impresia că orice acţiune a sa are ca efect agravarea situaţiei. În opinia lui, copilul autist ar experimenta subiectiv incapacitatea sa de a produce în mediul exterior o ameliorare a situaţiei, această incapacitate determinând un profund sentiment de disperare, deoarece nimic nu este mai dureros decât un non-răspuns la o tentativă de comunicare.

Autorul amintit insistă asupra importanţei "mutualităţii" mamă-copil, un eşec grav şi precoce al acesteia putând conduce la situaţia extremă descrisă. Ipotezele lui Bettelheim au suscitat, atât în vremea respectivă, cât şi ulterior, numeroase polemici şi puternice reacţii de opoziţie din partea asociaţiilor părinţilor copiilor autişti, care s-au simţit în postura de acuzaţi.

M. Fordham (1965) propune o ipoteză conform căreia autismul infantil ar fi o tulburare a Eu-lui. El imaginează copilul ca fiind, în primul rând, o structură psihosomatică, pe care o denumeşte "sine", un sistem dinamic care integrează şi dezintegrează. În cazul autismului, nu ar fi vorba de o dezintegrare a sinelui primar, nici de o recunoaştere a non-sinelui. Autismul primar ar fi dat de absenţa dezintegrării componentei psihice a sinelui primar.

b) Punctul de vedere dinamic se bazează pe analiza fenomenelor de transfer şi de contra-transfer. K. Abraham este primul psihanalist care s-a angajat în această direcţie, fiind urmat, în privinţa psihozelor infantile, de eleva sa, M. Klein (1930), care a construit întreaga dezvoltare a relaţiei obiectuale în cursul copilăriei în jurul a ceea ce ea a

denumit "poziţii" psihotice; autismul infantil, care nu fusese încă descris în acea perioadă, nu pare să-i fi reţinut atenţia.

Mai mulţi psihanalişti post-kleinieni s-au interesat însă de problema autismului, propunând diferite modele metapsihologice axate în principal pe aceleaşi coordonate: clivajul sinelui, bidimensionalitatea relaţiei obiectuale şi identificarea adezivă, concepte care nu îşi mai găsesc actualmente importanţa acordată în perioada respectivă, poate şi datorită faptului că teoriile emise se bazau pe ipoteze neştiinţifice.

O altă reprezentantă a acestui punct de vedere a fost F. Tustin (1972), care a continuat, într-o bună măsură, cercetările lui Winnicott. Ea afirmă, referindu-se la subiectul autist, că pentru a lupta împotriva suferinţei pricinuite de o "gaură neagră" persecutoare, acesta organizează un raport cu lumea, un adevărat "delir autist"; e vorba de fuzionarea cu lumea concretă şi tendinţa de a nega orice distanţare, orice separare, orice diferenţă care ar reactiva în el angoase ale unei prime rupturi. Copilul ar utiliza în acest scop "obiecte autiste", obiecte materiale, tari sau moi, de care nu se desparte, dar pe care le poate înlocui cu altele, identice.

F. Tustin denumeşte sindromul descris "autism cu carapace", definind două forme ale acestuia: una primară sau de "tip crustaceu", care corespunde unei forme globale de autism subsumând întreaga personalitate a copilului şi una secundară sau de "tip segmentar", corespunzând unei forme parţiale, incluzând doar segmente ale Eu-lui.

Dintre psihanaliştii francezi care s-au ocupat de aceste aspecte, D. Marcelli (1983) propune ipoteza unei "poziţii autiste", după modelul poziţiilor schizo-paranoide şi depresive descrise de Klein. "Poziţia autistică" normală i-ar folosi bebeluşului să evite stimulii prea violenţi pe care nu i-ar putea integra. În opinia sa, caracteristicile acestei "poziţii" ar fi următoarele: organizarea gândirii prin contiguitate, fără formarea simbolurilor, statutul obiectului ca cel al unui obiect parţial, bidimensional, natura relaţiei obiectuale caracterizată, în plan patologic, prin obiectul autist, iar în plan normal prin obiectul narcisic.

c) Punctul de vedere structural îi aparţine, printre alţii, lui Lacan care s-a inspirat din structuralismul lingvistic (F. de Saussure) şi antropologic (C. Levi-Strauss). În concepţia lui Lacan, problema

psihozei este construită în jurul conceptului de respingere, în afara simbolicului, deci în real. Aplicând ideile lui Lacan în problema autismului, R. Lefort (1988) descrie la subiectul autist existenţa unor discontinuităţi topologice sub forma unor "găuri" care ar întrerupe continuitatea dintre subiect şi obiect; pentru copilul autist, celălalt nu funcţionează ca loc de înscriere semnificativă, ci se reduce la o absenţă.

Aşa cum afirmam anterior, etiologia autismului este şi va rămâne probabil, pentru o bună perioadă de timp, o problemă controversată. Este, de asemenea, evident faptul că nici una din teoriile existente nu poate fi absolutizată, actualmente acceptându-se ideea originii multifactoriale a autismului.

Cu toate acestea, sunt unii cercetători care insistă asupra naturii predominant organice a autismului la multe din cazurile întâlnite în practică. De aceea vom oferi în continuare o serie de argumente care vin în sprijinul acestei afirmaţii.

2.5. Argumente în favoarea originii parţial organice a autismului

Numeroase constatări biologice şi medicale par să confirme originea parţial organică a autismului. Dintre acestea pot fi amintite următoarele:

2.5.1. Semnele reperabile la examinarea medicală a copiilor autişti

Examenul neurologic aprofundat obiectivează deseori anomalii variabile ale sistemului nervos central. Aceste anomalii se pot regăsi la nivelul:

- tonusului muscular;
- adaptării posturale;
- motricităţii fine;
- coordonării motrice;
- atenţiei;
- percepţiei.

2.5.2. Explorările electrofiziologice au relevat existenţa unor anomalii electroencefalografice în mai mult de 75% din cazuri.

Studiul unor potenţiale evocate auditive relevă o amplitudine de răspuns care nu este proporţională cu intensitatea stimulării şi este variabilă de la o examinare la alta, la acelaşi individ. Acest fapt este dovada existenţei unei anomalii evidente a modulării senzoriale.

2.5.3. Anomaliile anatomice ale creierului, imaginile cerebrale şi datele neurobiologice

O serie de studii realizate post-mortem asupra unor subiecţi autişti a evidenţiat alterări ale dimensiunilor neuronale şi ale microarhitecturii circuitelor sistemului limbic şi cerebelos, evocând o anomalie a dezvoltării precoce a organizării cerebrale.

Studiile lui E. Courchesne (1988), din California, confirmate recent de lucrările lui B. Garreau, din Franţa, au arătat o frecvenţă semnificativă a anomaliilor morfologice ale creierului mic la indivizii autişti, în special în formă atrofică. Cercetările unei echipe formate din G. Lelord, L. Pourcelot şi A. Syrota, care măsoară variaţiile debitului sangvin cerebral şi care vizualizează ariile de activare ca răspuns la stimuli vizuali şi/sau auditivi, au demonstrat că în raport cu copiii din lotul de control, copiii autişti prezintă anomalii de activare: în urma acţiunii unui stimul auditiv, nu sunt activate aceleaşi zone cerebrale (deficit de debit sangvin temporal stâng, aria limbajului), iar activările sunt neregulate şi inconstante în cazul unor stimuli asociaţi. Aceste tehnici au arătat şi faptul că în cazul copiilor autişti de vârstă mică există şi un retard marcat al maturării metabolice a lobilor frontali.

Rimland (1964) a fost printre primii care a sugerat o posibilă intervenţie a unei disfuncţii neurologice în apariţia autismului. Din acel moment, literatura de specialitate în domeniu, deosebit de bogată, va fi, după cum se va vedea, deseori contradictorie. Studiile efectuate post-mortem au decelat existenţa unor anomalii în morfologia sistemului limbic şi a unor pierderi de celule Purkinje din neocerebel şi cortexul arhicerebelar (Bauman, 1985).

Studiile de imagerie cerebrală au relevat şi ele o mare varietate de anomalii structurale, de la descoperiri nespecifice legate de o lărgire ventriculară (Jacobson, 1988) şi de malformaţii corticale, la cele cu o mai mare specificitate de tipul hipoplaziei lobulilor cerebelari VI şi VII (Courchesne, 1988).

Cercetătorii încearcă de mult timp să precizeze anumite diferențe chimice și structurale ale creierului la copiii autiști. Încă din 1966, Eisenberg sublinia importanța cunoașterii măsurii în care autismul este sau nu asociat cu vreo boală sau disfuncție cerebrală. Din păcate, chiar cu metodele perfecționate existente la ora actuală, aceste anomalii cerebrale nu pot fi întotdeauna, acolo unde există, puse în evidență. Sunt numeroase exemplele de copii autiști la care nu s-a dovedit prezența unor tulburări neurologice în cadrul examinărilor realizate în copilăria timpurie și care, în adolescență, prezintă epilepsie de lob temporal, după cum sunt cazuri la care semnele unei tulburări neurologice au fost decelate precoce.

Chiar dacă cercetările asupra raporturilor dintre catecolamine și autism au fost oarecum promițătoare, tendința a fost în ansamblu aceeași. Medicamentele care influențează sensibilitatea receptorilor dopaminei par să aibă o oarecare eficacitate pentru ameliorarea simptomelor autismului. Aceste medicamente includ neurolepticele. Cu toate acestea, într-un studiu efectuat la Toronto asupra unor părinți ai unor copii autiști, în care tranchilizantele fuseseră prescrise și utilizate pentru majoritatea copiilor, nici un părinte nu a considerat că rezultatele compensau reacțiile secundare defavorabile.

Observațiile privind comportamentul copiilor autiști în cadrul lor natural și în laborator au dus la presupunerea existenței unei disfuncții a mecanismelor vestibulare. Componentele aparatului vestibular exercită funcții diferite în organism. Cele trei canale semicirculare sunt orientate după trei planuri diferite, cu unghi drept între ele. Lichidul acestor canale este endolimfa; în apropierea bazei fiecărui canal, se regăsește ampula, o deschidere. Fiecare deschidere adăpostește celulele piliare și cupula care le acoperă, o structură gelatinoasă care deplasându-se curbează cilii deasupra celulelor. În momentul în care capul se întoarce într-unul din planurile canalelor semicirculare, lichidul canalului împinge cupula, în așa fel încât celulele sunt stimulate sau inhibate, în funcție de sensul de accelerare, fiind resimțită senzația de accelerare rotativă. Dacă, de exemplu, o persoană se învârte într-un fotoliu, fără a i se da indicii legate de această manevră, senzația de rotație este pasageră și dispare odată cu stabilirea unei viteze constante de rotație. Lichidul

canalelor semicirculare deplasează cupula doar în timpul accelerării sau încetinirii. Este de asemenea posibilă stimularea canalelor semicirculare prin jeturi de apă caldă în ureche. Această stimulare prin căldură produce în endolimfă curenţi de convexie care deplasează cupula şi stimulează astfel celulele vestibulare receptoare. Această stimulare are ca efect producerea nistagmusului ocular postrotativ, o mişcare scurtă şi repetată de du-te-vino în ochi. În plus, ea produce o senzaţie de ameţeală.

Acest mod de stimulare este foarte important pentru cercetările asupra copiilor autişti deoarece este practic lipsit de pericol, eficient şi se poate realiza stimularea fiecărei părţi. Mişcarea ochilor care însoţeşte stimularea vestibulară poate fi observată cu ochiul liber sau poate fi înregistrată cu ajutorul electronistagmografului. Comportamentele observate la copilul autist care au determinat presupunerea existenţei unor probleme vestibulare sunt rotirea în timpul jocului, tendinţa de a căuta un centru de gravitaţie sigur, reacţia de teamă la mişcările rapide de tipul trenului sau ascensorului, intoleranţa generală faţă de senzaţiile produse de gravitaţie, balansarea excesivă a capului şi corpului şi absenţa ameţelii, a dezechilibrului în timpul mişcărilor de rotaţie în jurul propriei axe. Preocuparea pe care o au copiii autişti pentru obiectele care se rotesc poate fi de asemenea un indiciu al unei disfuncţii vestibulare.

Observarea comportamentului copiilor autişti, a reacţiei lor la rotirea într-un fotoliu special şi la stimularea prin căldură în condiţii controlate de laborator a dus la constatarea conform căreia nistag-musul postrotativ sau postcaloric a fost fie puternic diminuat, fie total absent. Acesta a fost cazul în mod special în momentul în care rotirea a avut loc într-un mediu care permitea acţiunea simultană a informaţiei vizuale. De asemenea, s-a constatat faptul că majoritatea copiilor incluşi în studiu preferau rotirea spre stânga.

La începutul anilor '70, observaţiile privind comportamentele autistice şi-au schimbat orientarea: în locul accentului pe retragerea socială, comportamentele bizare şi reacţiile anormale la stimuli auditivi şi vizuali, s-a trecut la descrierea caracteristicilor comportamentului cognitiv şi lingvistic al copiilor. Rutter (1974) a insistat asupra existenţei unei disfuncţii cognitive centrale ca fiind trăsătura constantă în autism,

incitându-i pe cercetători să exploreze fundamentele neurofiziologice ale acestor deficienţe. Acest demers nu a fost însă lipsit de apariţia unor semne de întrebare. În primul rând, disfuncţia unui sistem sau a unei regiuni anume din cortexul cerebral ar putea fi atribuită unei anomalii structurale ale acestei arii, dar ar putea tot atât de bine să semnifice o anomalie structurală a unei părţi îndepărtate a creierului care furnizează informaţia necesară ariei respective. O altă dificultate o constituie explicarea motivului pentru care, dacă o regiune anume a cortexului prezintă o anomalie, mecanismele de compensare nu au intervenit în unele cazuri, deşi se cunoaşte faptul că emisfera intactă poate prelua într-o bună măsură funcţiile pierdute.

Primele date concrete, care au avut ca suport ipoteza unor disfuncţii ale emisferelor cerebrale în cadrul manifestării autismului, au fost cele ale lui Hauser (1975). El a examinat 17 copii autişti, care fuseseră supuşi unei pneumoencefalograme în cadrul examenului neurologic. Dintre aceştia, au fost decelaţi 8 stângaci, iar pentru alţi 3 a fost imposibilă stabilirea lateralităţii. Anomalia cea mai frecventă a fost însă legată de pneumoencefalogramă, în 15 dintre cazuri fiind vorba de o creştere a ventriculului lateral stâng şi, în mod special, a polului temporal stâng.

Pe de altă parte, în lucrările lui Volkmar (1998), se menţionează faptul că funcţia memoriei din lobul temporal stâng este specifică fiecărei emisfere şi că funcţiile corticale specifice nu sunt transmise emisferei opuse, decât în măsura în care ar exista o leziune a regiunii corticale. Acest fapt duce la presupunerea că funcţia emisferei stângi în autism este probabil compromisă doar prin deficienţa funcţiei de memorie sau de integrare a învăţării într-una din emisfere, fără ca emisfera opusă să preia funcţiile critice. După părerea autorului, aceast lucru ar putea explica în manieră relativ satisfăcătoare unele dintre fenomenele cele mai frapante din autism. Faptul poate induce şi supoziţia existenţei unui autism unilateral şi a unuia bilateral, primul fiind, în general, benign şi cu posibilitate de remisie.

Studiile lui Tanguay (1982) se bazează, de asemenea, pe ipoteza legată de conexiunile existente între autism şi emisferele cerebrale. El a înregistrat reacţiile auditive suscitate de fiecare dintre cele două părţi ale capului la zece copii autişti cu vârste între 2 şi 5 ani şi la zece copii normali cu vârste între 4 luni şi 5 ani, în timpul somnului. Aceştia din

urmă au prezentat reacţii de mai mare amploare de partea emisferei drepte în timpul somnului paradoxal; la copiii autişti nu s-au descoperit diferenţe reactive susţinute între emisfere. Raporturile dreapta-stânga au fost sensibil mai ridicate la copiii normali decât la cei autişti.

Ipoteza emisă de E.G. Blackstock (1978) este centrată pe principiul piagetian conform căruia mecanismele de dezvoltare ale cunoştinţelor şi caracteristicile de abstractizare ale gândirii sunt invariabile la toate fiinţele umane. Variaţiile individuale sunt relativ minime şi rezultă din diferenţele uşoare de disponibilitate din ţesutul cerebral şi din interacţiunile acestui ţesut cu mediul exterior. Modelul de dezvoltare al autismului conceput de el se bazează pe faptul că tratarea cerebrală a informaţiei la copilul autist diferă de cea a copilului normal prin aceea că, în cazul primului, emisfera non-lingvistică este dominantă şi efectuează cea mai mare parte a tratării informaţiei. Schemele sau structurile mentale care rezultă din această deviere iniţială sunt construite în aşa fel încât să prelucreze informaţia non-lingvistică, neanalitică. Copiii autişti ar realiza, deci, o tratare apoziţională a lumii lor, în timp ce la copiii normali ar fi vorba de o tratare propoziţională. Aceste afirmaţii se bazează pe o serie de studii scintigrafice, care nu relevă leziuni structurale ale emisferei stângi la copiii autişti, dar demonstrează o dezvoltare mai pronunţată a celei drepte. Cu toate acestea, dezvoltarea asimetrică a creierului nu poate să ofere explicaţii universal valabile, deoarece există mulţi copii autişti care nu corespund acestei descrieri şi al căror comportament nu poate fi explicat în mod satisfăcător prin ipotezele fondate pe dinamica emisferelor cerebrale.

Actualmente, există dezbateri intense legate de măsura în care vermisul cerebelar este mai mic în volum la copiii autişti, dar, de pildă, modificările morfologice ale sistemului limbic raportate de Bauman (1991) nu au mai fost puse în evidenţă în alte studii post-mortem.

Aproximativ 25% dintre indivizii cu autism prezintă un volum crescut al masei craniene, comparativ cu media populaţiei; cu toate acestea, descoperirile respective nu sunt specifice pentru o regiune sau o structură anumită, iar semnificaţia sa clinică nu este pe deplin înţeleasă. Studiile neuroimagistice nu au relevat însă dovezi legate de diferenţe structurale sau de volum ale sistemului limbic sau neocerebelului, aşa cum au facut-o studiile post-mortem.

Cunoscute fiind deficitele existente în funcţionarea cognitivă la autişti, au fost explorate şi diferenţele legate de cortexul cerebral. Similitudinile cognitive şi comportamentale dintre indivizii cu autism şi pacienţii cu disfuncţii ale lobului frontal i-au determinat pe unii cercetători (Damasio şi Maurer, 1978) să emită ipoteza conform căreia autismul ar fi rezultatul unor leziuni ale cortexului frontal şi ale structurilor sale colaterale. Nu au fost însă găsite, deocamdată, dovezi ale unor anomalii în această regiune, dar studiile efectuate asupra funcţiei corticale sunt mai sugestive în privinţa implicării frontale. Unul dintre acestea a dovedit existenţa unei scăderi a fluxului sangvin la nivelul cortexului frontal drept la o serie de subiecţi autişti adulţi, aflaţi în stare de repaus (Sherman, Shapiro, 1984).

În mod similar, un studiu relativ recent care a utilizat tehnica tomografiei computerizate la câţiva subiecţi adulţi, tot în stare de repaus, a descoperit acelaşi flux sangvin redus în lobul drept, stâng şi mediu (George, 1992). De asemenea, s-a pus în evidenţă existenţa unui metabolism frontal redus la unii copii şi adolescenţi cu autism uşor şi sindrom Asperger, precum şi la unii copii preşcolari cu autism.

O altă arie ce prezintă interes în autism este cortexul temporal median şi structurile subcorticale relaţionate. Damasio şi Maurer au emis ipoteza conform căreia structurile mediale temporale (alături de cele frontale) ar juca un rol important în neurobiologia autismului, prin realizarea unor analogii comportamentale între subiecţii cu autism şi cei cu leziuni ale lobului temporal. La testele neuropsihologice, performanţele indivizilor cu autism sunt destul de reduse, inclusiv la sarcinile simple, legate de funcţionarea lobului temporal. De asemenea, sunt studii multiple axate pe subiecţi cu leziuni temporale mediane, determinate de o infecţie virală, care au dobândit simptome de tip autist odată cu infecţia.

Pe de altă parte, investigaţiile privitoare la utilizarea glucozei corticale nu au reuşit să ajungă la concluzii foarte precise. Studiile de imagerie funcţională au pus în evidenţă existenţa unui hiperme-tabolism global, a unor arii specifice de hipometabolism precum şi absenţa unor diferenţe metabolice semnificative faţă de grupurile de control. Unul dintre aceste studii a descoperit o corelaţie negativă între metabolismul

frontal al glucozei şi performanţa la o sarcină de atenţie, sugerând faptul că insuficienţa neuronală în regiunile frontale poate contribui la deficitele atenţionale existente în autism.

Horwitz şi colaboratorii săi (1988) au examinat *pattern*-urile metabolice în cadrul diferitelor regiuni cerebrale, căutând intercorelaţii care ar putea reflecta unele dereglări funcţionale importante în privinţa comportamentului. Subiecţii din grupul de control au demonstrat existenţa unor corelaţii pozitive puternice între regiunea frontală, parietală şi cele subcorticale, presupuse a fi responsabile de circuitele neuronale; prin contrast, la indivizii cu autism au apărut corelaţii negative puternice. Aceste rezultate sugerează faptul că în cazul autismului, nu ar fi vorba de o structură sau o funcţionare anormale ale regiunilor creierului individual, ci de coordonarea lor funcţională.

2.5.4. Constatările biologice

La aproximativ 30-40% dintre persoanele care suferă de autism a fost detectată o creştere a concentraţiei sangvine a serotoninei. O ipoteză conexă se referea la faptul că nu serotonina însăşi ar fi responsabilă de diferitele dificultăţi prezente în autism, ci incapacitatea creierului de a distruge o parte a excedentului de substanţe chimice, care se creează în cadrul producerii substanţelor de tramsmitere nervoasă. Se crede că unele dintre aceste substanţe ar fi halucinogene analoge prin structura chimică şi efectele lor cu LSD-ul. Într-o serie de studii destinate verificării acestei ipoteze prin examenul concentraţiilor de bufotenină din urină, s-au obţinut valori crescute ale acestora, atât la copiii autişti, cât şi la părinţii acestora. Din păcate, nimic nu dovedeşte însă că bufotenină provine din creier, din moment ce şi alte organe ale corpului o produc. Datorită raporturilor presupuse între serotonina cerebrală şi LSD, s-a încercat determinarea utilităţii LSD-ului în ameliorarea simptomelor autiste. La unii dintre subiecţi, s-a obţinut o ameliorare a comportamentului în ansamblu, o creştere a reactivităţii sociale, o ameliorare a contactului ochi-în-ochi şi o diminuare a autostimulării. Însă s-a constatat că aceste efecte erau destul de pasagere şi însoţite de reacţii secundare nefavorabile, motiv pentru care s-a abandonat acest tip de terapie.

2.5.5. Patologiile asociate autismului

Infecţiile virale: rubeola congenitală creşte de zece ori riscul de apariţie a autismului, iar unele encefalite herpetice precoce au ca sechelă autismul.

Maladiile metabolice congenitale: autismul este asociat frecvent cu fenilcetonuria.

Unele *maladii neurologice* rare (lipoidoza cerebrală, sindromul West, scleroza tuberoasă Bourneville) sunt asociate cu autismul.

2.5.6. Argumentele genetice

Studiile epidemiologice sugerează existenţa unei componente genetice în autism, riscul apariţiei acestui sindrom fiind ridicat în familiile în care mai există asemenea cazuri. În aproximativ 80% din cazuri, autismul afectează gemenii monozigoţi (cu aceeaşi zestre genetică), acest procent fiind doar de 30% la falşii gemeni. Aceste date sugerează în mod cert intervenţia factorilor genetici şi a factorilor patologici de mediu. În cadrul populaţiei de autişti, 8% dintre ei sunt atinşi de sindromul X fragil, legat de cromozomul X şi asociat cu retardare mintală.

Dată fiind existenţa pertubărilor neurotransmiţătorilor constatate în autism, au fost realizate cercetări asupra unor gene care intervin în dezvoltarea creierului şi în metabolismul neurotransmiţătorilor. Cercetătorii din Tours (Franţa) au scos în evidenţă o repartiţie alelică specifică pentru gena H-RAS (braţul scurt al cromozomului XI) în cadul unei populaţii de copii autişti, comparativ cu un grup de control.

Nu este însă nici ştiinţific, nici etic să reducem autismul la o problemă de transmitere genetică simplă, ca în cazul miopatiei sau mucovicidozei. Autismul este o afecţiune multifactorială în care factorul genetic joacă în mod sigur un rol, fie rareori ca factor unic (factor ereditar sau modificarea genomului), fie cel mai adesea ca factor favorizant, asociat factorilor de mediu (virali, imunitari, metabolici). Pe de altă parte, se poate presupune că orice factor extern nociv care intervine într-o perioadă critică a formării sistemului nervos poate afecta dezvoltarea acestuia, devenind responsabil pentru semnele autismului.

3. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

3.1. Autismul şi psihoza

Aşa cum am mai amintit, autismul a fost mult timp greşit considerat drept o schizofrenie infantilă. Deşi termenul "autist" a fost pentru prima dată folosit de Bleuler în 1921 pentru a descrie izolarea socială a persoanelor suferind de schizofrenie, se ştie, la ora actuală, că autismul nu este în directă conexiune cu aceasta. Chiar dacă există o serie de asemănări între simptomele negative ale schizofreniei (indiferența emoțională) şi deficiențele existente în autism, s-a sugerat doar posibilitatea unui deficit cognitiv similar, care ar sta la baza ambelor tulburări.

Este cunoscut faptul că cele mai precoce forme ale schizofreniei încep rareori înaintea pubertății şi, în aceste cazuri, dezvoltarea socială şi cea a limbajului nu sunt perturbate calitativ în cursul primei copilării. Cuvântul *psihoză* nu este adecvat suferinței autiste deoarece copilul nu deformează realul după ce şi l-a construit, ci pur şi simplu nu-l construieşte. Unele bizarerii legate de conduitele de siguranță dau uneori impresia unui delir, dar de fapt nu este vorba de acest lucru, iar acțiunea neurolepticelor este limitată şi, în consecință, puțin recomandabilă în autism (eventual în cazul absenței unor terapeutici alternative comportamentale).

3.2. Autismul şi deficiența mintală

Pentru ca problema diagnosticului diferențial să poată fi abordată şi în acest caz, trebuie să recurgem la o trecere în revistă a *definițiilor* date deficienței mintale şi autismului. Dacă cea mai mare parte a specialiştilor este de acord că deficiența mintală este o carență a funcționării cognitive, mai mult sau mai puțin măsurabilă prin coeficientul de inteligență, în privința autismului este foarte greu să se ajungă la o părere unanimă.

Pentru mulţi psihiatri francezi, autismul este încă definit ca tulburarea psihiatrică cea mai precoce şi cea mai gravă dintre psihoze. Pentru practicienii anglo-saxoni, autismul constituie o tulburare globală a dezvoltării, reprezentând o formă particulară gravă a deficienţei mintale. Termenul de autism înglobează însă, la aceşti autori, o mai mare diversitate de subiecţi, în particular, cei numiţi "autişti cu un nivel înalt de competenţă" sau "cu nivel înalt de autonomie".

Lăsând la o parte diferitele interpretări, se ştie că 67-81% dintre copiii autişti sunt şi deficienţi mintali, deficienţă care este stabilă de-a lungul anilor, cu sau fără ameliorarea problemelor comportamentale. Este de asemenea cunoscut faptul că gradul autismului, competenţa în domeniul limbajului şi prognosticul variază şi în funcţie de nivelul intelectual.

Pentru a diagnostica drept autist un individ cu deficienţă mintală severă sau profundă, trebuie realizată însă o evaluare extrem de precisă a prezenţei deficitelor sociale şi de comunicare ale subiectului relative la nivelul intelectual general al acestuia, deoarece simpla prezenţă a manierismelor şi a comportamentelor stereotipe (foarte frecvente la subiecţii deficienţi mintali) nu stabileşte un diagnostic de autism.

3.3. Autismul şi sindromul Rett

Sindromul Rett este o tulburare descrisă până în prezent doar la subiecţi de gen feminin, având cauze încă incerte. Tulburarea se caracterizează în mod tipic printr-o dezvoltare iniţială aparent normală sau aproape normală, urmată de o pierdere parţială sau completă a limbajului şi a capacităţii de folosire a mâinilor, asociată cu o încetinire a dezvoltării craniene. În mod obişnuit simptomele survin între 7 şi 24 luni. Pierderea motricităţii voluntare a mâinilor, mişcările stereotipe de torsiune a mâinilor (element de similaritate cu autismul), hiperventilaţia, o absenţă aproape constantă a controlului sfincterian sunt extrem de tipice pentru această tulburare.

Dezvoltarea socială şi cea a jocului stagnează încă din primii 2, 3 ani, dar interesul social se conservă (spre deosebire de autism). În mod tipic, aceşti copii păstrează un gen de "surâs social", putând apărea şi acea "privire prin", caracteristică şi autismului. În cursul celei de a doua copilării, se observă deseori o ataxie a trunchiului şi apraxie, asociate cu

o scolioză sau o cifo-scolioză şi uneori de mişcări coreo-atetozice. Se poate manifesta şi o rigiditate spastică, mai marcată în general la membrele inferioare.

Tulburarea presupune în majoritatea cazurilor o deficiență mintală severă, fiind însoțită deseori de crize epileptice, apărute de obicei înainte de 8 ani.

Automutilările deliberate şi preocupările stereotipe complexe sunt rare în cadrul acestei tulburări, contrar a ceea ce se observă în autism.

3.4. Autismul atipic

Este vorba de o tulburare pervasivă de dezvoltare care diferă de autismul infantil prin vârsta de debut sau prin faptul că nu răspunde la ansamblul celor trei grupuri criteriale ale diagnosticului de autism. Astfel, fie anomaliile sau alterările de dezvoltare se manifestă după vârsta de 3 ani, fie manifestările patologice nu sunt suficiente pentru a fi relevante pentru unul dintre cele trei domenii psihopatologice definitorii pentru diagnosticul de autism. Această ultimă atipicitate este în mod special frecventă la copiii care prezintă o deficiență mintală profundă (la aceşti copii este dificilă evidențierea comportamentelor anormale specifice, cerute de diagnosticul de autism). Ea se observă şi în cazul copiilor cu o tulburare severă de achiziție a limbajului receptiv; unii dintre aceştia prezintă, într-adevăr, simptome sociale, emoționale şi comportamentale care se întrepătrund cu cele caracteristice autismului.

3.5. Autismul şi alte tulburări dezintegrative ale copilăriei

Heller propunea termenul de demență infantilă, care actualmente a devenit tulburarea dezintegrativă a copilăriei. Este vorba de tulburări pervasive de dezvoltare (altele decât sindromul Rett), caracterizate prin prezența unei perioade de dezvoltare perfect normale, urmată de o pierdere manifestă, în câteva luni, a performanțelor achiziționate anterior, în mai multe domenii ale dezvoltării. În acelaşi timp, apar anomalii caracteristice ale comunicării, ale funcționării sociale, ale comportamentului adaptativ, deseori pierderea controlului sfincterian şi uneori deteriorarea controlului motor. Apariția tulburării este deseori

precedată de simptome prodromice destul de imprecise: copilul devine iritabil, ostil, anxios şi hiperactiv, aceste simptome fiind urmate de o sărăcire şi apoi de pierderea vorbirii şi a limbajului şi de o dezorganizare comportamentală. Se remarcă o pierdere a interesului general pentru mediul înconjurător, apariţia conduitelor stereotipe şi repetitive şi o alterare de tip autist a interacţiunilor sociale şi a comunicării.

În unele cazuri, pierderea achiziţiilor progresează lent (în special când tulburarea este asociată unei afecţiuni neurologice progresive). Dar, cel mai adesea, se observă o regresie, timp de mai multe luni, apoi o stabilizare, urmată de o recuperare parţială. Prognosticul este, în general, nefavorabil, majoritatea subiecţilor rămânând cu un retard sever.

Asemănările cu tipologia descrisă în cazul autismului sunt destul de pregnante, realizarea unui diagnostic diferenţial precis fiind deseori dificilă; ceea ce este cunoscut, este faptul că în cazul acestor tulburări dezintegrative, există o rată crescută a anomaliilor electroencefalografice similare cu cele din autism, iar majoritatea sunt atribuite unei encefalopatii, cu toate ca, de multe ori, aspectele medicale specifice care sunt răspunzătoare de regresia amintită nu sunt identificabile.

3.6. Autismul şi tulburarea semantic-pragmatică

Tulburarea semantic-pragmatică, discutată pentru prima dată de către Rapin şi Allen, se referă la un grup de copii cu probleme severe de limbaj, dificil de înscris în alte categorii diagnostice. S-a constatat prezenţa la aceşti copii a problemelor de comprehensiune, a ecolaliei, a deficitelor de concepere verbală şi a inabilităţii de folosire a gesturilor. În ciuda unor asemănări evidente, majoritatea specialiştilor în domeniul terapiei limbajului au insistat asupra faptului că aceşti copii nu sunt autişti.

3.7. Autismul şi sindromul Asperger

Vom insista poate mai mult asupra descrierii sindromului Asperger tocmai datorită coincidenţei istorice a "apariţiei" celor două sindroame.

Observaţiile realizate de Hans Asperger (1944) asupra unui grup de copii americani, consideraţi a prezenta o "psihopatie autistă", şi diferenţele simptomatologice dintre aceştia şi subiecţii diagnosticaţi ca autişti de către Kanner i-au determinat pe specialişti să-şi pună întrebări

legate de posibilitatea descrierii unui grup de copii ca o subgrupă specială în cadrul spectrului autistic. Termenul "sindromul Asperger" a fost utilizat pentru prima dată de Lorna Wing (1981), care a introdus diagnosticul în încercarea de a dobândi recunoașterea acelor persoane autiste, ale căror tulburări nu se potriveau în totalitate cu cele descrise de Kanner. Ea a prezentat o listă de criterii diagnostice, bazate pe afirmațiile lui Asperger:

1. *limbajul* - dobândit fără întârziere, dar cu conținut bizar, stereotip;
2. *comunicarea non-verbală* - slabă expresivitate facială, voce monotonă, gestică inadecvată;
3. *interacțiunile sociale* - nu sunt reciproce, se remarcă absența empatiei;
4. *rezistența la schimbare* - preferință pentru activități repetitive;
5. *coordonarea motorie* - posturi bizare, mișcări grosiere neîndemânatice, uneori stereotipii;
6. *abilitățile și interesele* - capacitatea de a memora cifre, nume, în general serii.

În afara acestor trăsături, Asperger subliniază predominanța sindromului la subiecți de gen masculin și faptul că, rareori, acesta este recunoscut înainte de primii trei ani de viață. Lorna Wing a modificat aceste criterii, în funcție de propria sa experiență clinică, aducând unele modificări:

– *întârzierea apariției limbajului* - doar la jumătate din grupul considerat de Wing ca având sindrom Asperger limbajul s-a dezvoltat la vârsta normală;
– *dezvoltare timpurie* - copilul poate prezenta comportamente bizare înainte de 3 ani;
– *creativitate* - Wing afirmă că acești copii nu sunt creativi; nu se poate spune că sunt "originali", ci mai degrabă gândirea lor este inadecvată.

Cercetările menționate au sugerat că diferențele între autismul kannerian și sindromul Asperger ar putea fi distinse doar prin gradul de severitate. Interesul Lornei Wing pentru sindromul Asperger era de ordin pragmatic; criteriile sale de diagnostic au fost utile pentru cazurile ale căror simptome nu corespundeau în totalitate cu cele existente în

DSM-III. Pentru Wing, sindromul Asperger constituia o posibilitate de extindere a spectrului autistic la o serie de grade ale tulburării, nerecunoscute înainte.

Ca urmare, unii clinicieni au adoptat denumirea de sindrom Asperger, considerând-o de utilitate practică. Alţi autori au relevat cinci trăsături ale subiecţilor cu sindrom Asperger:

1. limbaj - manierist, stereotip, aprozodic;
2. comunicare non-verbală deficitară;
3. interacţiune socială - bizară, lipsa empatiei;
4. interese - activităţi repetitive sau abilităţi neobişnuite;
5. mişcări - neîndemânatice sau stereotipe.

Gillberg (1989) adăuga celor cinci criterii încă unul şi anume tendinţa subiectului de a impune rutina sau ataşamentul special pentru un anumit obiect ca linie directoare pentru întreaga viaţă.

Interesul pentru acest diagnostic - sindromul Asperger- a fost legat iniţial, aşa cum aminteam, de facilitatea încadrării unor pacienţi care, până în acel moment, păreau a nu se potrivi nici unei categorii, dar care, pentru clinicieni, păreau a fi un "tip" uşor de recunoscut, chiar la "prima vedere". Ca urmare, diagnosticul era relativ slab definit, făcând dificilă evaluarea rezultatelor studiilor experimentale care investigaţi diferenţele între subiecţi suferind de aşa-numitul sindrom Asperger şi subiecţii cu autism, care nu au fost diagnosticaţi.

Szatmari (1989) a sugerat următoarele criterii de diagnostic pentru acest sindrom:

1. *Solitudine* – două din:
   - absenţa unor prieteni apropiaţi;
   - evitarea celorlalţi;
   - absenţa interesului de a-şi face prieteni;
   - însingurarea;
2. *Interacţiuni sociale deficitare* – unul din:
   - apropierea de alţii doar pentru a-şi satisface propriile trebuinţe;
   - abordare socială neîndemânatică;
   - răspunsuri unilaterale;
   - dificultăţi de percepere a sentimentelor altora;
   - detaşare de sentimentele altora.

3. *Comunicare non-verbală deficitară* – unul din:
   - expresie facială limitată;
   - incapacitate de a "citi" emoții din expresii faciale;
   - incapacitate de a transmite mesaje prin priviri;
   - refuzul de a-i privi pe alții;
   - nefolosirea mâinilor;
   - gesturi neîndemânatice;
   - apropierea excesivă de ceilalți.
4. *Limbaj bizar* – două din:
   - inflexiuni anormale;
   - vorbire în exces sau în monosilabe;
   - absența coeziunii în conversație;
   - folosire idiosincratică a cuvintelor;
   - vorbire repetitivă.
5. *Criteriile nu se întrepătrund cu cele ale tulburării autiste din DSM-IV.*

Acest sistem de diagnostic, deși i se cuvine un oarecare credit deoarece este unul dintre cele mai sistematice, este totuși problematic din mai multe puncte de vedere comune majorității criteriilor propuse pentru sindromul Asperger. Lista de simptome, din care subiectul trebuie să prezinte un anumit număr, pare a fi obținută fără a lua în considerare deficiențele subiacente. Descrierea unor comportamente la acest nivel este problematică; se poate, oare, crede că un subiect poate să prezinte o expresie facială limitată, dar să fie capabil să transmită un mesaj din priviri? Dacă da, ce fel de deficit subiacent ar putea să dea naștere la asemenea simptome fracționale? Din acest motiv, detaliul în schema diagnostică este de fapt un dezavantaj, din moment ce face trimitere mai degrabă la comportamente de suprafață decât la deficite subiacente care se manifestă în mod diferit la indivizi diferiți, grupe de vârstă diferite și niveluri de abilitate diferite. De exemplu, faptul de a nu avea prieteni apropiați nu este în mod necesar determinat de același handicap ca evitarea celorlalți.

Ceea ce pare destul de clar este faptul că orice schemă diagnostică pentru sindromul Asperger nu poate fi lipsită de interpretări; de pildă, afirmația conform căreia criteriile nu se întrepătrund cu cele ale autismului din *DSM*, înseamnă că practic nu se preconizează vreo schimbare în dezvoltarea tabloului diagnostic.

Lorna Wing a scos în evidenţă faptul că un copil poate prezenta un tablou clinic specific autismului kannerian în copilărie, iar în adolescenţă să apară caracteristici ale sindromului Asperger. Al cincilea criteriu specificat de Szatmari neagă însă acest fapt, susţinând în acelaşi timp faptul că dacă cineva are un sindrom Asperger, îl va avea întotdeauna.

Criteriile pentru sindromul Asperger prevăzute de schema existentă în ediţia a 10-a a *Clasificării internaţionale a sindroamelor şi bolilor (International Classification of Diseases*, ICD-10) nu sunt nici ele în măsură să clarifice diagnosticul. Aşa după cum se poate vedea, sindromul Asperger pare a fi definit ca un autism fără deficite cognitive şi de limbaj. Acest lucru implică faptul că deficitele cognitive şi de limbaj din cadrul autismului nu sunt fundamentale şi nu derivă din acelaşi deficit de bază ca dificultăţile sociale. Adică, deficitele respective sunt handicapuri adiţionale, care pot fi prezente cu sau fără autism.

Criteriile sindromului Asperger din *ICD-10*

A. *Absenţa vreunei întârzieri semnificative din punct de vedere clinic în domeniul limbajului sau al dezvoltării cognitive.* Diagnosticul implică dezvoltarea cuvintelor simple până la doi ani sau chiar mai devreme şi folosirea frazelor pentru comunicare până la trei ani. Abilităţile de autogospodărire, comportamentul adaptativ şi curiozitatea legată de mediul înconjurător din primii trei ani de viaţă trebuie să fie la un nivel corespunzător dezvoltării intelectuale normale. Cu toate acestea, bazele activităţii motorii ar putea fi întrucâtva întârziate, o oarecare neîndemânare fiind uzuală. Abilităţile speciale, deseori relaţionate cu preocupările bizare, sunt destul de frecvente, dar nu sunt necesare pentru diagnostic.

B. *Deficienţe calitative ale interacţiunilor sociale reciproce.* Pentru precizarea diagnosticului sunt necesare tulburări demonstrabile în cel puţin trei din următoarele cinci domenii:

1. ineficienţă în folosirea adecvată a privirii ochi-în-ochi, a expresiei faciale, a poziţiei corpului şi a gesturilor de reglare a interacţiunii sociale;
2. incapacitatea de a dezvolta (într-o manieră adecvată vârstei mintale) relaţii cu colegii de vârstă, care implică împărtăşirea aceloraşi interese, activităţi şi emoţii;

3. absența gestului de a căuta consolare și afecțiune în momentele de stres și de a își oferi afecțiunea altora în momentele de tristețe, de distres;
4. absența manifestării bucuriei în momentele în care alții și-o manifestă și a căutării companiei pentru propriile momente de bucurie;
5. absența reciprocității socio-emoționale, manifestată prin răspunsuri inadecvate sau deviante la emoțiile altora; și / sau absența modelării comportamentului în funcție de contextul social, și/sau o slabă integrare a comportamentelor sociale, emoționale și de comunicare.

C. *Tipare comportamentale, interese și activități restrictive, repetitive și stereotipe* (criterii asemănătoare celor pentru autism).

Diagnosticul necesită prezența unor tulburări demonstrabile în cel puțin două din următoarele șase domenii:

1. o preocupare persistentă legată de activități stereotipe și restrictive;
2. atașament specific față de obiecte neobișnuite;
3. aderare aparent compulsivă la rutine sau ritualuri specifice, nefuncționale;
4. manierisme motorii stereotipe și repetitive care implică fie bătaia din palme sau răsucirea mâinilor, fie mișcări complexe ale întregului corp;
5. preocupări legate de părți ale obiectelor sau elemente nefuncționale ale materialelor de joacă (ca de exemplu, mirosul lor, suprafața, zgomotul/vibrația generată de acestea);
6. distres legat de micile schimbări survenite în mediul înconjurător.

D. *Tulburarea nu este atribuită altor varietăți de deficiențe pervasive ale dezvoltării, de tulburări schizoide, schizofrenie simplă, tulburarea personalității obsesive, tulburarea obsesiv-compulsivă.*

În *ICD-10* autismul se diagnostichează deci în cazul în care un subiect îndeplinește un număr de criterii dintr-o listă de comportamente posibile. Acest fapt duce la apariția unor probleme legate de diagnosticul diferențial, când se ia în considerare sindromul Asperger. De ce este

nevoie de sindromul Asperger dacă există categoria "autism atipic", care permite copilului neîndeplinirea tuturor criteriilor prevăzute pentru autism? Oricum, majoritatea persoanelor cu sindrom Asperger corespund probabil criteriilor din *ICD-10* pentru autism. De exemplu, la secţiunea legată de comunicare din cadrul diagnosticului autism din *ICD-10*, o persoană trebuie să prezinte două din cele cinci deficite pentru a fi considerată autistă. Dintre cele cinci deficite s-ar părea că o persoană cu sindrom Asperger ar trebui să le cumuleze pe următoarele trei: eşec relativ în iniţierea/susţinerea unei conversaţii, anormalitatea prosodiei, absenţa jocului de rol spontan şi variat; în mod asemănător, persoana cu sindrom Asperger ar putea prezenta trei din cele cinci simptome de disfuncţie socială.

Singurele puncte distincte în diagnosticul sindromului Asperger par a fi vârsta de debut şi absenţa întârzierii apariţiei limbajului. Ambele sunt însă destul de îndoielnice; criteriile pentru dezvoltarea limbajului, de exemplu, sunt prea specifice şi în acelaşi timp prea vagi într-un domeniu despre care se cunoaşte destul de puţin: "Diagnosticul implică dezvoltarea cuvintelor simple până la doi ani sau chiar mai devreme şi folosirea frazelor pentru comunicare la trei ani." Aceste cerinţe nu se bazează, pe vreo teorie cunoscută legată de achiziţia limbajului şi, de asemenea, nu se poate preciza ceea ce se consideră a fi un cuvânt, ce număr de cuvinte trebuie achiziţionate şi ce contează ca o frază cu conţinut de comunicare.

3.8. Asocierea autism-epilepsie şi sindromul Landau-Kleffner

Aşa după cum se ştie, crizele de epilepsie sunt considerate o problemă asociată în unele cazuri de autism, dar nu ca o componentă esenţială a acestuia. În ultimii ani, cercetările realizate asupra autismului au demonstrat faptul că neregularităţile în activitatea electrică a creierului pot induce o gamă largă de efecte. Astfel, fenomenele de *grand mal* şi *petit mal*, care ne sunt familiare, nu reprezintă în realitate decât vârful icebergului. S-a formulat astfel ipoteza legată de posibilitatea ca unele simptome autistice să fie manifestarea crizelor epileptice subclinice.

În legătură cu problema asocierii autism-epilepsie s-au emis, de-a lungul timpului, numeroase păreri. În 1988, o serie de articole de specialitate afirmau că epilepsia se poate manifesta la autişti în absența retardului intelectual şi că unii copii cu crize epileptice fuseseră greşit diagnosticați ca autişti. În 1991, Gillberg îşi punea problema măsurii în care crizele de epilepsie nu constituiau mai curând o cauză a autismului, decât un simplu simptom asociat. Ea relevă că ecolalia, scrâşnitul dinților, grimasele, agitația mâinilor, crizele de râs sau de plâns fără explicație aparentă, respirația zgomotoasă, privirea pierdută în gol, întoarcerea capului, răsucirile în jurul propriei axe sau mersul pe vârfuri sunt manifestări comune ale autismului şi ale crizelor epileptice de lob frontal. Aceste crize de lob frontal pot antrena şi auto-mutilarea şi atacurile agresive în unele cazuri.

Autoarea observă faptul că tulburările lobului frontal (cu sau fără crize de epilepsie) pot antrena apariția unor simptome care sugerează existența autismului, tulburări ale atenției, hiperactivitate, ataşamentul obsesiv față de rutine şi anomalii ale vocii şi ale intonației.

Crizele asociate lobului frontal se produc deseori fără o pierdere a conştiinței. În unele cazuri, ele se pot produce în manieră aproape continuă, ceea ce determină o diferențiere dificilă față de autism. Gillberg (1991) a constatat că tulburările responsabile de crizele epileptice la nivelul lobului frontal, de exemplu, rubeola, scleroza tuberoasă şi encefalita, sunt cunoscute printre cauzele posibile ale autismului. Aceste crize ar putea constitui, după afirmațiile autoarei, o ultimă disfuncție comună, care rezultă ca urmare a problemelor cerebrale, ele antrenând, la rândul lor, simptomele autistice.

Aceste crize epileptice de lob frontal sunt presupuse a fi o cauză posibilă pentru ticurile faciale, vocale şi motorii caracteristice sindromului Gilles de la Tourette.

În legătură cu *tipurile de epilepsie* care se manifestă în cadrul autismului s-a încercat realizarea unor sinteze. Există dovezi care atestă faptul că unii copii suferind de spasme infantile (sindromul West) prezintă un risc crescut, în raport cu cei normali, de a dezvolta un comportament autistic sau analog acestuia. De asemenea, spasmul infantil este asociat şi cu scleroza tuberoasă, care se leagă, la rândul ei,

de autismul primei copilării. Această triplă conexiune este destul de dificil de explicat, dar se poate presupune că scleroza tuberoasă (diagnosticată clinic sau nu) provoacă atât spasmul infantil cât şi autismul.

Epilepsia psihomotorie

Corbett (1982) a sugerat faptul că epilepsia psihomotorie cu afectarea lobului temporal ar putea fi mai frecventă în cadrul autismului decât se recunoaşte în mod obişnuit şi subestimarea ei ar putea fi datorată dificultăţilor diagnostice, boala manifestându-se în momentul în care tulburările complexe de tip comiţial afectează copii necomunicativi. Acest fapt este în concordanţă cu experienţa unui alt autor (Gillberg, 1987), care a publicat cazul unei fetiţe autiste prezentând tulburări comiţiale complexe, însoţite de scurte perioade de privire fixă şi absentă şi de descărcări ale lobului temporal la examinarea EEG. Comportamentul autist al fetiţei în cauză ca şi fixitatea privirii au dispărut însă rapid după un tratament cu acid valproic.

Relaţiile dintre o dezvoltare psihotică şi epilepsia psiho-motrică au fost ilustrate şi de o serie de studii din Marea Britanie care au relevat că epilepsia de lob temporal predispune la apariţia ulterioară a psihozelor la băieţi cu anomalii ale EEG pe partea stângă.

Epilepsia motorie minoră (epilepsiile mioclonice ale primei copilării)

Dacă spasmul infantil constituie o excepţie, epilepsiile mioclonice ale copilăriei nu au fost nici ele considerate curente în cadrul autismului primei copilării. Au fost descrise cazuri clasice de autism relaţionale cu epilepsia motrică minoră, Gillberg şi colaboratorii săi reţinând cazul unui subiect masculin autist prezentând crize comiţiale motrice grave şi frecvente, crize care au încetat şi ele în urma tratamentului cu acid valproic.

Petit mal

S-a constatat faptul că *le petit mal*, o altă formă de epilepsie generalizată sub-corticală, imita autismul la un băiat de 8 ani care prezenta, aproape permanent, unde la 3 cicli/s pe electroencefalogramă. Acest caz a fost însă recuperat în mod spectaculos, atât din punctul de vedere psihiatric, cât şi neurologic, printr-o monoterapie cu etosuximid.

Grand mal

Este considerat ca fiind cea mai frecventă formă de epilepsie, atât la modul general, cât şi în cadrul autismului. În realitate, nu există însă dovezi ştiinţifice care să ateste acest fapt.

Dacă un copil prezintă sindromul spasmului infantil, se poate imagina o serie de posibilităţi: scleroza tuberoasă, neurofibromatoza, fenilcetonuria şi hidrocefalia minoră.

În cazul crizelor comiţiale care apar la o vârstă mai înaintată, diagnosticul diferenţial se modifică. Dacă este vorba de o fată, trebuie să se aibă în vedere sindromul Rett, 71 % dintre cazurile cu acest sindrom prezentând epilepsie. Dacă este vorba de un băiat, posibilitatea unui sindrom de cromozom X fragil, care coincide uneori cu autismul sau cu epilepsia, trebuie avută în vedere. S-a sugerat faptul că axul de disfuncţie a trunchiului cerebral - hipotonie musculară - epilepsie psihomotrică - autism poate fi asociat în mod specific cu sindromul amintit.

De asemenea, crizele comiţiale la copii se pot asocia cu unele tulburări ale metabolismului purinelor; de aceea, acesta trebuie evaluat cu precădere la copiii autişti care prezintă crize de epilepsie.

O problemă care se adaugă controverselor legate de asocierea autism-epilepsie este cea a sindromului Landau-Kleffner. Un articol apărut în 1995 în *Journal of Pediatrics* subliniază faptul că acest sindrom este o tulburare rară, iar printre subiecţii afectaţi, se numără puţine cazuri de autism. Nu este nici o îndoială însă că unele cazuri de sindrom Landau-Kleffner (o tulburare epileptică) prezintă o serie de simptome caracteristice autismului. Acest sindrom este însă relativ puţin cunoscut, chiar printre specialişti, deci este greu să se emită ipoteze legate de manifestările şi de legătura sa cu autismul sau cu crizele epileptice.

În ceea ce priveşte crizele epileptice şi tratamentele aplicate acestora, studiile continuă, mai ales cele legate de efectul vitaminei B_6 în doze mari, comparativ cu cel al steroizilor în tratamentul antiepileptic convenţional pentru copii. Cercetătorii au utilizat 300 mg de vitamină B_6 pe kilogram corp în fiecare zi, ceea ce reprezintă, conform celor afirmate de Lelord, de 18 ori doza optimă recomandată în cazurile de

autism. Această vitamină s-a dovedit a fi mai eficientă şi, evident, mai inofensivă decât steroizii. De asemenea, trebuie menţionat faptul că este posibil ca eficacitatea deseori remarcabilă a dimetilglicinei (DMG) şi a vitaminei B_6 combinată cu magneziu în tratamentul autismului să fie rezultatul efectului lor anticonvulsivant. Subiectul merită din aceste motive cercetări mai aprofundate.

În consecinţă, în scopul stabilirii unui diagnostic precis, care să nu lase locul unor interpretări ulterioare şi care să permită alegerea unei modalităţi terapeutice adecvate, este necesară, în cadrul tabloului clinic, eliminarea unor posibile interferenţe provenite din tulburări asemănătoare şi care sunt susceptibile de a modifica rezultatele scontate prin aplicarea proiectului terapeutic individualizat.

4. DESCRIEREA CLINICĂ A AUTISMULUI INFANTIL

În lucrările recente, accentul este pus pe disfuncționalitatea socială a copilului autist care nu vibrează la diapazonul uman. El nu știe să analizeze informația transmisă, provenită din partea superioară a feței. Ochii și sprâncenele nu sunt pentru el purtători de mesaje sau, dimpotrivă, îi provoacă o emoție extremă, insuportabilă.

Copilul autist supraviețuiește în mediu, controlând cu greu evenimentele, adaptându-se cu greu, agățându-se cum poate de senzațiile care îi oferă o oarecare siguranță, senzații devenite cu timpul stereotipe. El folosește stereotipiile pentru a umple câmpul conștiinței și a reduce informația deranjantă, nedorită.

Copilașul autist pare a nu putea utiliza, din rațiuni încă nedeslușite, partenerul uman (privire, față, atitudini, expresii mimice, intonații ale vocii) pentru a se orienta. El se dezvoltă fără tutore, primind din plin ceea ce-i atinge și stimulează canalele senzoriale fără o schemă de filtrare, reacționează total sau deloc la aceste senzații care, nemodulate, sunt extreme, este agresat de stimulii pe care nu știe să-i organizeze și cel mai adesea oscilează între o inhibiție totală și o deschidere totală. De exemplu, în plan vizual, el poate fixa o sursă de lumină puternică fără să pară jenat sau, dimpotrivă, nu poate suporta privirea intensă a cuiva fără să-și întoarcă fața.

Stereotipiile de care se agață copilul autist duc la apariția acelor balansări înainte și înapoi îndată ce poate să stea în patru labe, la seriile interminabile de sărituri pe saltea sau la mișcările de rotație în jurul propriei axe, amețitoare ca un drog. Aceste autostimulări au puterea de a-l ocupa spiritual, de a diminua activitatea cerebrală și de a evita supraîncărcarea.

Filtrajul nu se face urmând tiparele sociale: figurile și formele sunt extrase urmându-se parametrii perceptivi și nu criteriile vieții sociale. Sunetele apar triate, filtrate în funcție de caracteristicile fonetice sau ritmice și nu în funcție de semnificație. Dificultatea de a simplifica mediul înconjurător prin sisteme, forme, scheme, scenarii, categorii se

regăseşte în incapacitatea de a segmenta informaţia în unităţi cu sens. Aceasta este originea unor viitoare tulburări ale comprehensiunii, ale limbajului, în special repetarea cuvintelor ca un ecou - ecolalia.

Autistul, mai ales când este hipertonic, se prezintă deseori ca un copil vioi, independent şi voluntar în timpul primului an de viaţă. Deficitele sale intelectuale sau sociale nu ies în evidenţă decât cu timpul pentru că vizează mai ales stabilirea de relaţii sociale reciproce şi operaţii mintale abstracte şi verbale. Copilaşul nu a atins încă acest stadiu şi de aceea prăpastia nu va apărea decât de-a lungul anilor ce vin. Autiştii cei mai puţin atinşi sau cei mai inteligenţi pot da chiar iluzia unei supradotări în primii ani.

Inteligenţa lor este însă rigidă imediat ce depăşeşte sfera pasiunilor. Talentele lor excepţionale apar acolo unde nu este necesară speculaţia, plecând de la punctul de vedere al altuia. Aşa cum aminteşte E. Schopler (1991), autiştii supradotaţi sunt mai numeroşi în lucrările ştiinţifice, decât în realitate. De fapt, chiar cei mai dotaţi prezintă o formă de inteligenţă care nu le permite sesizarea subtilităţilor socialului sau ale limbajului verbal în timpul unei conversaţii. Regulile jocului social le sunt aproape inaccesibile şi ei trebuie să depună eforturi considerabile pentru a-şi regla distanţa, postura, mimica, timbrul vocii, pentru a şti cum să se apropie de un grup.

Acest joc insidios al instalării simptomatologiei premonitorii este, fără îndoială, una dintre cauzele dificultăţii diagnosticării şi, în consecinţă, a aplicării schemei terapeutice adecvate. Referindu-ne şi la conivenţa patologiei cu altele, înrudite sau aparent înrudite, putem să ne dăm seama de complicaţiile (erorile) posibile, pledând totodată pentru un maxim de repere fiabile şi flexibilitate în gândirea psiho-clinică.

DSM-IV ia în considerare o serie de aspecte de maximă importanţă: vârsta la debut, evoluţia, gradul de deteriorare, complicaţiile, prevalenta, rata sexului, factorii predispozanţi, *pattern*-ul familial, diagnosticul diferenţial.

Vârsta la debut

Relatările părinţilor plasează debutul înainte de vârsta de 3 ani în marea majoritate a cazurilor. Sunt raportate foarte puţine cazuri cu debut după vârsta de 5-6 ani. Cu toate acestea, este foarte greu de stabilit retrospectiv vârsta reală, la debut, în afară de cazul în care cei care au

îngrijit copilul în primii ani sunt capabili (au pregătirea, spiritul de observaţie şi detaşarea necesară) să dea o informaţie exactă despre dezvoltarea limbajului, sociabilitate şi joc.

Manifestările în perioada de sugar sunt mai subtile şi mai dificil de definit decât cele observate după 2 ani. Părinţii copiilor unici pot să ignore aceste probleme până când nu ajung să-şi observe copilul în comparaţie cu alţi copii şi astfel pot data vârsta la debut începând doar din acel moment, deşi o anamneză minuţioasă relevă adesea că anomaliile sunt prezente mai de mult. În cazuri extrem de rare, există o perioadă de dezvoltare aparent normală, urmată de dezintegrarea rapidă a aptitudinilor sociale şi cognitive şi de apariţia elementelor caracteristice ale tulburării de dezvoltare de tip pervasiv. Astfel de cazuri au fost etichetate ca sindrom Heller sau psihoză dezintegrativă.

Evoluţia

Manifestările tulburării sunt prezente în aproape toate cazurile, toată viaţa, deşi ele variază cu vârsta cronologică şi cu severitatea handicapurilor. Unii copii prezintă o ameliorare a aptitudinilor sociale, a limbajului, în jurul vârstei de 5-6 ani; în unele cazuri această ameliorare poate fi chiar marcată.

Pubertatea poate aduce modificări în orice direcţie. Funcţiile cognitive şi aptitudinile sociale se pot deteriora sau ameliora, independent unele de altele. Există adesea o exacerbare a comportamentului agresiv, opoziţional, sau a altui tip de comportament turbulent, care poate dura mulţi ani. Un număr mic de copii este capabil să ducă o viaţă independentă, numai cu semne minime ale elementelor esenţiale ale tulburării, dar neadaptarea socială şi inerţia pot persista. Cei mai mulţi rămân deficienţi, cu semne marcate de tulburare. Prognosticul de lungă durată include QI şi dezvoltarea aptitudinilor sociale şi de limbaj.

Gradul de deteriorare variază, în majoritatea cazurilor, dar un mediu structurat este necesar de-a lungul întregii vieţi. În cazuri foarte rare persoana poate urma studii medii sau poate primi o educaţie universitară.

Complicațiile

Complicația majoră o constituie apariția crizelor epileptice. Cei mai mulți din cei ce prezintă crize epileptice au un QI sub 50. În aproximativ 25% sau mai mult din cazurile de autism au existat unul sau mai multe episoade de crize epileptice până la perioada adultă; totuși, într-o minoritate considerabilă de cazuri, debutul crizelor epileptice are loc în adolescență.

În adolescență sau precoce în viața adultă, depresia, ca răspuns la conștientizarea parțială a handicapurilor, este comună la cei cu niveluri mai înalte de abilitate (fenomene catatonice, în special excitația sau posturarea, ori o stare psihotică nediferențiată, cu idei delirante și halucinații evidente), pot apărea ca răspuns la stres, dar adesea se clarifică rapid dacă stresul se estompează.

Prevalența

Studii efectuate în Anglia si S.U.A. sugerează că prevalența tulburării autiste este de aproximativ 4-5 copii la fiecare 10.000. Tulburarea autistă a fost considerată a fi mai frecventă în clasele socio-economice superioare, dar studii mai noi atestă că această afirmație a fost făcută sub influența unor idei preconcepute, nerealiste.

Rata sexului

Autismul, conform celor mai multe studii, este mai comun printre băieți decât printre fete, rata fiind de 3:1 sau 4:1.

Pattern-ul familial

Tulburarea este mai frecventă printre rudele copiilor autiști decât în populația generală.

Așa cum afirmam, diagnosticul corect și precoce al autismului este extrem de important pentru a se limita confundarea lui cu tulburări vindecabile care i se aseamănă. El trebuie deci confirmat prin examene serioase: bilanț medical și neurologic, EEG, cartografie. Imageria cerebrală a zonelor creierului mare și mic este promițătoare în acest sens, dar se află la început. Astfel cuplarea EEG cu datele obținute pe calculatoare a permis selecționarea ritmurilor electrice care informează asupra activității cerebrale. Cum autismul se asociază deseori cu epilepsia, focarul epileptic poate fi astfel localizat mai precis și

reprezentat pe o imagine în trei dimensiuni. Cartografia EEG cuantificată oferă selecţionarea unui ritm sau a unei frecvenţe specifice şi apariţia zonelor de localizare ale acestui ritm în culori. Aceste metode permit explorarea zonelor suspectate în autism: creier mic, talamus şi sistem limbic.

Utilizarea potenţialelor diagnostice evocate este de asemenea utilă pentru obţinerea unui diagnostic diferenţial cu surditatea sau pentru determinarea formelor mixte: autism şi surditate.

În cazurile în care autismul este genetic, se pare că anumite proteine nu ar fi reprezentate în cantităţi suficiente, iar altele s-ar găsi în cantităţi prea mari în anumite zone, dar nu în cele potrivite. Pe de altă parte, nu este exclus ca un metabolism aberant să sintetizeze substanţe toxice pentru creier. Astfel, se pare că circuitul morfinelor endogene este disfuncţional: ele abundă în unele zone şi prezintă carenţe în altele.

Aceste observaţii nu trebuie să inducă o viziune prea simplistă asupra funcţionării sistemului nervos, care nu depinde numai de "carburant" ci şi de structuri; descoperirea unui factor genetic nu va rezolva problema structurilor nedezvoltate la timp. În schimb, dacă structurile sunt intacte, speranţa este mai mare şi se poate încerca un ajutor medicamentos.

Ţinând seama că numărul de băieţi autişti este de patru ori mai mare decât cel al fetelor, cromozomul X este, în consecinţă, suspectat, din moment ce la băieţi el va fi mai degrabă purtător al erorilor. Sunt cunoscute de altminteri alterările situate pe cromozomul X -sindromul cromozomului X fragil - şi care, chiar corelate cu autismul, pot fi ameliorate prin anumite vitamine, ca de exemplu acidul folic.

Criteriile de diagnostic pentru tulburarea autistă, aşa cum apar în *DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* şi în *ICD-10 (International Classification of Diseases)* vor fi trecute în revistă în cele ce urmează. Să remarcăm faptul că, pentru un diagnostic cert, trebuie să fie prezenţi cel puţin 6 din următorii itemi, iar aceştia să includă cel puţin 2 itemi de la (1), unul de la (2) şi unul de la (3). De asemenea, se consideră că un criteriu este satisfăcut numai dacă comportamentul este anormal pentru nivelul de dezvoltare a persoanei.

4.1. Criteriile DSM-IV

Trunchiul A

1) *Alterarea calitativă a interacţiunilor sociale, manifestată prin cel puţin două din următoarele:*

(a) deficienţă marcată în folosirea comportamentelor non-verbale multiple de tipul privirii ochi-în-ochi, a expresiei faciale, a posturilor corporale şi a gesturilor pentru reglarea interacţiunilor sociale;

(b) eşecul dezvoltării relaţiilor cu copii de aceeaşi vârstă, adecvate nivelului de dezvoltare; alterarea masivă a aptitudinii de a-şi face prieteni;

(c) lipsa empatiei faţă de sentimentele altora;

(d) absenţa reciprocităţii sociale sau emoţionale.

2) *Alterarea calitativă a comunicării manifestată prin cel puţin una din următoarele:*

(a) întârzierea sau absenţa dezvoltării limbajului verbal (neînsoţită de încercarea de compensare prin modalităţi alternative de comunicare - gesturi, mimică);

(b) alterarea marcată a aptitudinii de a angaja sau menţine o conversaţie chiar în cazul unui limbaj adaptat;

(c) anomalii marcate ale formei şi conţinutului limbajului, incluzând utilizarea stereotipă şi repetitivă a expresiilor, utilizarea idiosincratică a cuvintelor şi frazelor;

(d) absenţa jocurilor sociale imitative şi a celor simbolice, adecvate nivelului de dezvoltare.

3) *Modele comportamentale repetitive şi stereotipe, restrângerea marcată a câmpului de activitate şi de interese, vizibilă în:*

(a) preocuparea persistentă pentru/faţă de unul sau mai multe modele stereotipe de interese anormale fie ca intensitate, fie ca orientare;

(b) insistenţa în a efectua unele activităţi de rutină în exact aceeaşi manieră;

(c) manierisme motorii stereotipe şi repetitive (incluzând părţi ale corpului sau implicând mişcări ale întregului corp);

(d) preocuparea persistentă pentru anumite părţi ale unui obiect sau ataşamentul faţă de obiecte neobişnuite.

Trunchiul B

Întârzieri sau funcționare anormală în cel puțin unul din următoarele domenii, cu debut înainte de 3 ani:

(1) interacțiune socială;

(2) limbaj folosit în comunicarea socială;

(3) jocul simbolic sau imaginativ.

4.2. Criteriile ICD-10

A. Dezvoltare anormală sau deficitară evidentă înainte de 3 ani în cel puțin unul din următoarele domenii:

(1) limbaj receptiv sau expresiv folosit pentru comunicarea socială;

(2) dezvoltarea atașamentelor sociale selective sau a interacțiunilor sociale reciproce;

(3) joc funcțional sau simbolic.

B. Un total de cel puțin 6 simptome prezente, dintre care cel puțin două de la (1) și câte unul de la (2) și (3).

(1) *Alterarea calitativă a interacțiunilor sociale manifestate în cel puțin două din următoarele:*

(a) eșecul folosirii adecvate a privirii ochi-în-ochi, a expresiei faciale, a posturilor corporale și a gesturilor pentru reglarea interacțiunii sociale;

(b) eșecul folosirii (într-o manieră adecvată vârstei mintale și în pofida oportunităților) a relațiilor de prietenie care implică împărtășirea reciprocă a intereselor, activităților și emoțiilor;

(c) absența reciprocității socio-emoționale manifestată prin:

- răspuns deficitar sau deviant față de emoțiile altora,
- absența modelării comportamentului în funcție de contextul social,
- slabă integrare a comportamentelor sociale, emoționale și comunicative;

(d) absența căutării spontane a împărtășirii bucuriei, intereselor sau achizițiilor.

(2) *Alterarea calitativă a comunicării manifestată în cel puțin unul din următoarele:*

(a) întârziere sau absența totală a dezvoltării limbajului vorbit neînsoțită de o încercare de compensare prin folosirea gesturilor sau

mimicii, ca mod alternativ de comunicare (deseori precedată de o absență a gânguritului);

(b) eșec relativ de inițiere sau susținere a unei conversații (indiferent de nivelul achiziționării limbajului), în care să existe capacitatea de a răspunde la comunicarea altor persoane;

(c) folosirea stereotipă și repetitivă a limbajului sau folosirea idiosincratică a cuvintelor și frazelor;

(d) absența jocului simbolic sau a celui imitativ (în cazul copiilor mai mici).

(3) *Modele restrictive, repetitive și stereotipe de comportament, interese și activități, manifestate în cel puțin una din următoarele:*

(a) preocuparea persistentă față de:

- unul sau mai multe modele stereotipe de interes anormale ca și conținut sau orientare,
- unul sau mai multe interese anormale ca intensitate și ca natură;

(b) insistența aparent compulsivă pentru rutine sau ritualuri nonfuncționale specifice;

(c) manierisme motorii stereotipe și repetitive care implică fie porțiuni, fie corpul în întregime;

(d) preocupări față de părți ale obiectelor sau elemente non-funcționale ale materialelor de joc (de exemplu, mirosul lor, atingerea suprafeței sau zgomotul generat de vibrația lor);

(e) tabloul clinic nu este atribuabil altor tipuri de tulburări pervasive de dezvoltare.

De fapt gradul severității handicapului social, profunzimea dezinteresului, combinate cu întârzierea mintală definesc forma clinică.

Scările de evaluare (de exemplu, cea pusă la punct de o echipă din Carolina de Nord) indică existența:

- *autismului ușor* - copii cu inteligență superioară al căror prognostic de autonomie va fi destul de bun (puțini la număr);
- *autismului sever* - copii al căror prognostic rămâne pesimist privitor la autonomia pe care ar putea-o dobândi.

Pentru a realiza o descriere cât mai completă a simptomatologiei autiste este necesară, fără îndoială, o analiză a deficitelor care sunt

prezente în majoritatea cazurilor de autism, definitorii, în mare măsură, pentru tipologia acestuia.

4.3. Deficitele cognitive în autism și consecințele lor în plan educațional

4.3.1. Deficitele senzoriale

O primă dificultate cognitivă se situează la nivelul *senzațiilor*. Copiii autiști prezintă o tulburare a modulării senzoriale. Chiar dacă receptorul senzorial funcționează normal, modularea oscilează între suprastimulare și inhibiție masivă. T. Grandin (1992), o autistă celebră care a reușit, la vârsta adultă, să descrie autismul "din interior", compară mediul său sonor cu un radio căruia i s-ar varia intensitatea și frecvența în mod neașteptat și cu apariția, din timp în timp, a unor zgomote care se transformă într-o veritabilă "picătură chinezească". De aici se pot desprinde două consecințe: prima, de ordin umanitar, impunând, deseori, suprimarea senzațiilor (frecvent zgomote) care, obișnuite pentru noi, pot să fie insuportabile pentru un autist. Aceste senzații sunt, desigur, diferite în funcție de subiect, unele constant dezagreabile, altele nu. Ca urmare, dacă o senzație, perfect tolerată câteva ore înainte, produce brusc o reacție de respingere, nu trebuie să considerăm acest fapt ca un capriciu. Cea de a doua consecință este de ordin educativ: pentru ca un mesaj să poată fie recepționat corect, trebuie evitată "pierderea" lui printre alți stimuli, iar pentru aceasta trebuie îndeplinite două condiții - amplificarea mesajului și simplificarea sa, concomitent cu diminuarea celorlalți stimuli care parvin prin același canal senzorial sau prin altele.

De exemplu, dacă se dorește prezentarea unei sarcini vizuale, pe care copilul autist trebuie să o realizeze, un exercițiu de triere a obiectelor sau de lectură, acest lucru se va face pe o masă eliberată de orice alți "stimuli", cât mai neutră, iar ambianța va fi tot neutră. În cazul în care se dorește înțelegerea unui mesaj verbal, mai ales dacă acesta este nou, se vor utiliza cât mai puține cuvinte; oricum, se va încerca favorizarea formei vizuale a mesajelor, care este o formă stabilă.

Această "asepsie senzorială" prezentă la copiii autişti, se regăseşte în general în situaţii dificile şi mai ales în două circumstanţe: învăţarea şi momentele de supraîncărcare emoţională. În acelaşi timp, dacă un copil va dobândi o nouă competenţă, el va trebui să o poată utiliza în viaţa cotidiană. Va fi deci necesară şi o diminuare progresivă a acestei asepsii senzoriale pentru a se ajunge la condiţii de viaţă relativ normale.

Tulburările perceptive

Încă din primele descrieri ale autismului, Kanner sublinia existenţa anomaliilor privirii copiilor care sufereau de acest sindrom. Ulterior, descrierea clinică a tulburărilor perceptive din autism s-a îmbogăţit treptat. Cercetările cognitive propriu-zise au debutat la sfârşitul anilor '60; în 1967, Metz scotea în evidenţă preferinţa acestor copii pentru sunetele cu frecvenţă înaltă. În 1980, James şi Barry demonstrau experimental existenţa unei sensibilităţi anormal de ridicate la un anumit tip de stimuli perceptivi la copiii autişti.

Cu toate acestea, cercetările realizate de Hermelin şi O'Connor (1967; 1978) au exclus existenţa unui deficit senzorial simplu, adică la nivelul periferic al tratării informaţiei senzoriale. Acest fapt i-a determinat pe cei doi cercetători să ia în considerare niveluri mai ridicate ale tratării acestor informaţii. Au fost obţinute trei tipuri de date experimentale: un deficit al filtrării stimulilor senzoriali ar putea corespunde anomaliilor EEG observate (abundenţa ritmurilor rapide, anomalii ale latenţei potenţialelor evocate ale trunchiului cerebral), un deficit al integrării stimulilor aparţinând mai multor modalităţi senzoriale (fapt dovedit experimental de către Lelord, Martineau, 1980), anomalii ale discriminării, structurării şi memorizării stimulilor senzoriali, în funcţie de conţinutul lor emoţional, simbolic sau lingvistic.

Cercetările autorilor menţionaţi s-au referit şi la conduitele perceptive ale copiilor autişti. Ei au arătat faptul că în faţa unor fotografii etalate, copiii autişti priveau în mod preferenţial fondul, în timp ce cei normali priveau de preferinţă figurile. Mai recent, Bullinger (1989) a scos în evidenţă o serie de alte anomalii ale conduitelor perceptive la copiii autişti, aceştia folosind, în opinia sa, în manieră privilegiată, proprietăţile periferice ale sistemului lor vizual, în detrimentul celui foveal. Bullinger afirmă că aceşti copii adoptă o

atitudine de protecţie când li se prezintă un obiect din faţă; dacă însă acesta le este prezentat din lateral, adoptă o atitudine asimetrică şi pot să apuce obiectul întins. Manipularea unui obiect pare incompatibilă cu controlul vizual foveal: în momentul întinderii mâinii, obiectul este fovealizat, iar îndată ce contactul tactil este stabilit, fie fovea părăseşte această "adresă", fie mâna părăseşte obiectul. În ambele cazuri, mâna se regăseşte la periferia sistemului vizual. De asemenea, gesturile de manipulare exercită un control asupra mişcării obiectului, dar apucarea acestuia se face cu presiuni minimale, astfel încât sistemul spino-talamic este cel care transmite senzaţia şi nu sistemul lemniscal; or, în general, sistemul spino-talamic tratează aspectele calitative ale senzaţiilor tactile, în timp ce cel lemniscal, mai recent din punct de vedere filogenetic, tratează proprietăţile spaţiale ale obiectelor întâlnite şi ghidează mâna în activităţile instrumentale.

Astfel, totul se petrece ca şi cum copilul autist, prin conduitele sale perceptivo-motrice, ar evita stimulările care îl confruntă cu proprietăţile geometrice precise ale obiectelor şi ale spaţiului care le conţine, preferând o percepţie mai flexibilă, cu semnificaţie mai curând tonico-emoţională decât instrumentală. Pentru a preciza acest fapt, Bullinger, distinge "spaţiul gestului" şi "efectele spaţiale ale gestului": "spaţiul gestului" se descrie în termeni de mişcare, de viteză, de accelerare, de contracţii musculare, iar "efectele spaţiale ale gestului" sunt constituite dintr-o serie de adrese în spaţiu, o urmă, reflectarea unei mişcări. El precizează faptul că autistul trăieşte mai curând în spaţiul gestului, evitând efectele spaţiale ale gestului.

4.3.2. Tulburările inteligenţei

Una din contribuţiile cercetărilor cognitive aduse autismului infantil este aceea de a arăta posibilitatea evaluării nivelului intelectual al acestor copii, cel mai adesea consideraţi netestabili. Posibilitatea supunerii copiilor autişti la probe de tip psihometric presupune o alegere extrem de judicioasă a acestora şi examinatori dotaţi cu multă răbdare, deoarece deseori răspunsurile nu sunt obţinute decât după un timp foarte îndelungat sau chiar deloc.

Marea majoritate a copiilor autişti prezintă un deficit intelectual, în opinia lui De Myer (1981), 75% dintre ei au un coeficient de inteligenţă

sub 52 şi doar 2,6% mai mare de 85. Conform afirmaţiilor lui Rutter (1985), 1/5 până la 1/4 dintre autişti prezintă un coeficient de inteligenţă normal. Foarte puţini dintre ei au o competenţă excepţională într-un anumit domeniu. Firesc, scorurile obţinute sunt întotdeauna mai ridicate la probele de performanţă decât la cele verbale.

În general, eterogeneitatea intrascalară e marcată. Cel mai adesea, cu excepţia itemilor care necesită aptitudini verbale, cei care atestă capacitatea de simbolizare sunt cotaţi cu rezultatele cele mai slabe. De exemplu, în cazul aplicării WISC-ului, eşecurile apar în special la itemii "comprehensiune", "vocabular", "similitudini", iar la probele de performanţă, dificultăţile sunt evidente la itemul "aranjarea imaginilor".

4.3.3. Deficitele de atenţie

Deficitele atenţionale apar la copiii autişti deoarece ei au o paletă de interese diferită de a noastră. Din cauza deficitului de socializare, a dificultăţii de a învăţa prin intermediul celuilalt, ei nu adoptă ca important şi semnificativ ceea ce le va părea astfel celorlalţi. De asemenea, ei nu sesizează punctul asupra căruia li se cere să-şi fixeze atenţia. Pentru aceasta, este indispensabil ca mediul să fie comprehensibil, structurat. De aceea, este utilă amenajarea unui loc distinct pentru lucru, pentru masă, pentru jocul solitar, pentru activităţile sociale, fără a se neglija un loc rezervat aşteptării sau momentelor de tranziţie. În acest mod, copilul va asocia fiecare loc cu o activitate specifică.

Un alt motiv pentru care un autist nu reuşeşte să-şi fixeze atenţia este legat de faptul că deseori nu se face apel la gama motivaţională care este valabilă pentru el. Dacă, de exemplu, unui copil îi place să se joace cu lanterna, această motivaţie va putea fi utilizată în activităţi de recunoaştere sau de triere, cerându-i-se să dirijeze fascicolul de lumină către toate literele A conţinute într-un text scris pe tablă. Recompensa care urmează după o activitate care constrânge este o formă de motivaţie naturală în orice educaţie. În acest caz, va trebui acceptat caracterul neconvenţional al acestei recompense, care va consta, poate, în jocul cu o sârmă sau cu o sforicică.

În sfârşit, un element suplimentar care se adaugă acestor dificultăţi este slaba înţelegere a noţiunii de timp şi prin aceasta, a succesiunii evenimentelor, generatoare a unui sentiment de imprevizibilitate şi deci,

de angoasă. Remediul va consta în alegerea unor evenimente previzibile, prin structurarea timpului (orar constituit în funcţie de capacităţile de abstractizare ale copilului, plecând de la obiecte, imagini sau cuvinte scrise).

Tulburările atenţiei conjugate

"Atenţia conjugată" a fost descrisă de către Bruner în 1975. Este vorba de capacitatea de orientare a privirii către un acelaşi obiect, în acelaşi timp cu un partener de dialog. În general, dezvoltarea acesteia debutează între 2-4 luni, pentru ca ea să fie complet achiziţionată spre sfârşitul primului an de viaţă. Această capacitate este deficitară în cazul autismului, fapt demonstrat de cercetările efectuate de un grup de autori, care au folosit, în acest scop, un lot de 54 copii, din care 18 autişti, 18 copii normali şi alţi 18 copii cu deficienţe, dar nonautişti, cu aceleaşi vârste cronologice; autorii au subliniat faptul că această deficienţă a "atenţiei conjugate" a fost unul din principalele criterii pentru selectarea subiecţilor autişti, prin folosirea Scalei de Comunicare Socială Precoce *(Early Social Communication Scale).*

Hobson (1989) propune distingerea a două etape în dezvoltarea "atenţiei conjugate": o primă etapă care nu ar necesita evaluarea de către copil a stării mintale a partenerului şi o a doua în care ar avea loc această evaluare, iar în cazul copilului autist ar fi vorba de o deficienţă a acestei a doua etape.

4.3.4. Tulburările de memorie

În general, memoria copiilor autişti nu pare a fi deficientă. Dimpotrivă, ei sunt uneori capabili să memorizeze foarte precis situaţii pe care le-au cunoscut şi pe care simt nevoia să le regăsească întocmai. Aceşti copii pot să pară chiar dotaţi cu capacităţi excepţionale de memorizare. Cu toate acestea, memoria lor este mai mult de tip gestaltist decât discursivă şi simbolică. Hermelin şi O'Connor (1970) au arătat faptul că, spre deosebire de copiii cu deficienţă mintală, copiii autişti memorau la fel de bine suite de cuvinte sau imagini nestructurate sau structurate, nereuşind însă să folosească sensul unei suite de cuvinte pentru a o memora. Aceste aspecte pot să constituie dovada existenţei unei tulburări a memoriei semantice sau categoriale.

Deficitele de stocare şi encodare în cadrul memorării

În sensul vizual al termenului, se spune că autiştii au o memorie bună: ei stochează bine, precizia unor amintiri în unele domenii demonstrează acest lucru. Ceea ce este problematic este clasificarea informaţiei, encodarea.

Clasificarea după criterii perceptive, care se realizează în cortexul drept, este deseori destul de bine conservată la aceşti subiecţi. Este unul din punctele lor tari, de aceea, se preconizează utilizarea criteriilor vizuo-spaţiale pentru a-i ajuta să-şi găsească reperele.

Clasificarea după categorie şi cea după secvenţă, coordonate de cortexul stâng, este însă mult mai laborioasă.

a) în ceea ce priveşte *clasificarea categorială,* bază a conceptualizării, ea este dificilă deoarece implică un grad de abstractizare, dar şi pentru că deseori, etapa prealabilă, cea a construcţiei de obiecte, este relativ slabă calitativ. În acest caz, pentru munca de clasificare, persoanele autiste trimit în memorie nu obiectul în el însuşi, ci impresiile emoţionale asociate obiectului. Ele asociază aceste impresii cu codul obiectului, dând naştere unor cuplaje aberante care depind de situaţie. De exemplu, pivniţa poate să codeze în mod logic, în locul subsolului casei, senzaţia de noapte, dar poate să codeze, în mod straniu, şi faptul de a aprinde lumina deoarece, de fiecare dată când se merge în pivniţă, se aprinde lumina.

Un alt exemplu de codaj aberant este cel al răspunsului dat de un copil de 6 ani, la întrebarea mătuşii sale: "Ce-ţi doreşti de Crăciun?", răspunsul fiind: "Este prea scump". "Dar ce e prea scump?" "E prea scump, e prea scump", repetă copilul, care în final ţipă şi plânge. După câteva zile, se ajunge la concluzia că răspunsul "e prea scump" codează un joc, văzut de copil într-un magazin, iar remarca mamei fusese în acel moment, "e prea scump". Acest exemplu este important din două motive: în primul rând, demonstrează necesitatea absolută a circulaţiei informaţiei între diferitele persoane care intervin în educaţia autistului, iar în al doilea rând, demonstrează incapacitatea psihoterapiilor clasice de a contribui la reconstruirea universului simbolic şi afectiv al copilului autist.

Cum poate fi ajutat un copil autist să realizeze codaje categoriale corecte? Ar exista două soluţii complementare:

- prevenirea cuplajelor aberante;
- asigurarea corectitudinii generalizării conceptului.

Prevenirea cuplajului aberant înseamnă sublinierea, în fiecare moment, a ceea ce este important într-o situaţie, comentând-o: printr-o structură fizică, printr-o imagine, printr-un cuvânt sau frază, în funcţie de capacităţile copilului. Când se va aprinde lumina, va trebui arătat întrerupătorul şi spus "aprind lumina" şi nu "mergem în pivniţă", cel puţin până când există certitudinea achiziţionării conceptelor, ceea ce implică multă concentrare.

Asigurarea măsurii în care conceptul a fost generalizat este legată de caracteristica semnificativă care defineşte conceptul şi care trebuie să fie recunoscută în toate situaţiile. În cazul conceptului de *creion,* copilul trebuie să recunoască creioane în locuri diferite, altele decât masa de lucru. Este necesară sublinierea faptului că generalizarea implică obligatoriu din partea educatorului numeroase repetiţii.

b) *Encodarea secvenţială* prezintă o dificultate suplimentară legată de reţinerea secvenţelor în ordinea corectă. Aceasta implică, deci, pe plan educativ:

- descompunerea fiecărei acţiuni în etape succesive;
- concretizarea acestor etape prin obiecte, imagini, scheme, cuvinte scrise sau raporturi verbale foarte schematice, evident, în funcţie de capacitatea de abstractizare a individului. Cerinţa este, în acest caz, de a nu lăsa nimic implicit, acest lucru fiind dificil de realizat.

4.3.5. Tulburările de limbaj

Tulburările de limbaj sunt constante şi, în cele mai multe cazuri, majore în autism. Se estimează faptul că aproximativ o treime dintre autişti nu reuşesc achiziţionarea nici unui limbaj şi o altă treime nu dezvoltă decât un limbaj rudimentar.

Importanţa prognostică a dezvoltării limbajului a fost subliniată încă din anii '50 de către o serie de autori care susţinea faptul că absenţa dezvoltării unui limbaj comunicativ înainte de 5 ani este un criteriu pentru un prognostic rezervat, aspect confirmat ulterior şi de alţi cercetători. Anomaliile de dezvoltare a limbajului pot fi de mai multe tipuri.

Tulburările comunicării preverbale

În general, există relativ puține date despre comunicarea prelingvistică a copiilor foarte mici care vor deveni autiști deoarece aceștia sunt observați doar în mod excepțional la această vârstă. Aspectele care au fost observate însă sunt următoarele:

- absența gestului de indicare *(pointing)* și a gesturilor care atrag atenția unui partener asupra unui obiect sau a unei situații;
- sărăcia gestuală comunicativă; Wetherby și Prutting (1984) au arătat că și în cazul în care copiii autiști ar dispune de mai multe acte decât de limbaj comunicativ, acestea ar fi extrem de sărace, limitându-se la acte de cerință sau de protest. Autiștii își exprimă însă dorințele sau emoțiile prin comportamente aberante: țipete, heteroagresivitate, auto-agresivitate. Contrar copiilor surzi sau celor cu tulburări specifice de limbaj, copiii autiști nu dezvoltă în mod spontan modalități non-verbale pentru a emite mesaje complexe;
- deficitele gestuale și de mimică ce acompaniază limbajul, fiind vorba aici de absența expresiilor faciale, a zâmbetelor, care însoțesc în mod normal un dialog, autiștii neștiind nici să interpreteze aceste expresii văzute la alții.

Tulburările de limbaj propriu-zise

O clasificare a acestora ține seama de nivelurile de *realizare* și de *comprehensiune* a limbajului după cum urmează. Astfel, *realizarea* se distinge la:

a) nivelul fonologic - cel mai adesea, autiștii care vorbesc nu prezinte deficite de articulare, dar își dezvoltă sistemul fonologic într-un ritm mai lent decât cel normal;
b) nivelul morfosintactic - o serie de cercetători au scos în evidență diferențe ale morfologiei și sintaxei la copiii autiști, cum ar fi o utilizare deficitară a morfemelor corespunzătoare timpurilor verbale și articolelor, ceea ce pare să denote o dezvoltare mai lentă, o plafonare a acestei dezvoltări;
c) nivelul semantic - în cazul autismului este extrem de afectat. Copiii autiști dau dovadă de o dificultate foarte marcată de a utiliza cuvintele, respectând semantica acestora. Uneori pot ajunge la un nivel satisfăcător al vocabularului, dar eșuează nu

la reprezentarea semnificației cuvintelor, ci la utilizarea lor corectă. Dificultățile specifice se referă mai ales la folosirea termenilor caracteristici pentru spațialitate, temporalitate și pentru relațiile interpersonale;

d) nivelul pragmatic - utilizarea socială a limbajului este, de asemenea, extrem de perturbată. A fost descrisă în cazul autismului o spontaneitate redusă a limbajului, cu expresii verbale accidentale, absența unei intenții aparente de comunicare, deficite ale adaptării la rolurile unei conversații, nerespectarea regulilor de politețe, de așteptare a momentului pentru a vorbi, o rigiditate și o inadaptare a limbajului în raport cu contextul sau cu sarcina, o variabilitate a calității și abundenței comunicării în funcție de interlocutor, mai mult sau mai puțin familiar cu situația;

e) nivelul prozodic - existența unor anomalii de tipul monotoniei intonației, cu un procent crescut de frecvențe înalte, cu o hipo- sau hipernazalitate, cu un control deficitar al volumului vocii, cu frecvente șușoteli și o sărăcie a accentuării tonice;

f) nivelul de ecolalie - foarte frecventă, fiind uneori singura realizare lingvistică a copilului autist. Ea nu este însă specifică, putând fi întâlnită și în cazul unor demențe infantile, la copiii nevăzători sau chiar la unii copii normali. Lucrările din domeniul cognitiv s-au oprit mai ales asupra funcțiilor ecolaliei, fiind considerată cel mai adesea, ca non-comunicativă. Cu toate acestea, Prizant și Duchan (1981) îi recunosc șase funcții: luare de cuvânt, afirmație, răspuns pozitiv, cerere, repetare, care ajută la tratarea informațiilor și autoreglare a discursului. Ei au propus o ipoteză conform căreia ar exista diferite stiluri de achiziție a limbajului, repartizate între un pol analitic, în care ecolalia nu ar fi utilizată și un pol gestaltist, care s-ar baza pe ecolalie. Autistul s-ar situa la extremitatea acestui pol gestaltist, poate și datorită deficitului de atenție conjugată, care l-ar priva de decuparea limbajului indicată de adult.

Comprehensiunea

În această privinţă au fost puse în evidenţă mai ales dificultăţile copiilor autişti de a înţelege sensul expresiilor lingvistice în cazul în care contextul nu este evocator. Tager-Flusberg (1981) a arătat faptul că înţelegerea frazelor este precară faţă de cea a copiilor normali, mai puţin din motivele unei comprehensiuni sintactice deficitare, cât mai ales din raţiuni de comprehensiune semantică.

4.4. Tulburările de interacţiune socială

4.4.1. Tulburările legate de interacţiunile precoce

Se vorbeşte relativ puţin despre cercetările cognitive cu privire la interacţiunile precoce în autism, fără îndoială datorită dificultăţilor metodologice legate de momentul stabilirii diagnosticului (rareori în perioada primului an) şi datorită faptului că, cel mai adesea, nu se cunoaşte dezvoltarea timpurie la copiii autişti. Cu toate acestea, Ornitz şi colaboratorii săi (1977) susţin existenţa unor anomalii discrete ale reacţiei sugarilor autişti faţă de alte persoane, anomalii prezente încă din primele 3 luni, fapt scos în evidenţă şi de cercetările lui Houzel (1985) pentru 60% dintre copiii studiaţi. S-au oferit exemple legate de modul în care, în situaţii de exprimare a dorinţelor, de frustrare, de surprize agreabile sau dezagreabile, vocalizele micuţilor autişti erau cu totul ieşite din comun, idiosincratice, diferite de cele ale copiilor normali de aceeaşi vârstă cronologică.

4.4.2. Tulburările comunicării emoţiilor şi a altor stări mintale

Aşa cum sublinia Hobson (1989), până în anii '80, puţini specialişti au fost interesaţi de aspectul emoţional al sindromului autist, poate şi datorită excluderii emoţionalităţii din câmpul cercetărilor cognitive în domeniu. Ulterior însă, în scopul recunoaşterii emoţiilor altcuiva au fost utilizate filme încărcate din punct de vedere emoţional, cărora copiii trebuiau să le asocieze un semn convenţional sau fotografii ale unor feţe care trebuiau triate în funcţie de emoţia exprimată; s-a demonstrat atunci eşecul copiilor autişti la aceste tipuri de probe. S-a ajuns astfel la concluzia că autiştii se găsesc în incapacitatea de a înţelege evenimentele create prin punerea în scenă a unor personaje, evenimente cu conţinut intenţional şi emoţional.

De asemenea, înţelegerea şi folosirea cuvintelor cu conţinut emoţional sunt extrem de perturbate la copiii autişti. În general, ei nu utilizează limbajul pentru a vehicula emoţii, iar limbajul lor, atunci când există, este lipsit de tonalitate emoţională.

Alţi cercetători din domeniu au studiat recunoaşterea altor expresii mintale: convingere, intenţie, utilizând scenarii cu marionete sau aranjamente ale unor imagini, reprezentând anumite stări mintale ale personajelor reprezentate (S. Baron-Cohen, 1985). S-a scos astfel în evidenţă incapacitatea autiştilor de a atribui o convingere unei alte persoane, de a concepe o poveste ţinând cont de stările mintale ale protagoniştilor, de a înţelege scenarii cu conţinut emoţional. Ei sunt incapabili să-şi reprezinte caracteristicile psihice şi interacţiunile implicite ale interlocutorilor, fiind vorba, de o tulburare a integrării şi de reglare internă a obiectelor mintale ale altcuiva.

4.4.3. Modul de abordare a problemelor de interacţiune socială

Dificultăţile grave din domeniul interacţiunilor sociale constituie o problemă centrală în cadrul autismului şi al altor forme de tulburare globală de dezvoltare. Pentru abordarea lor corectă, este necesară cunoaşterea naturii acestora. Problemele nu au nici o tangenţă cu timiditatea excesivă şi nu sunt nici rezultatul unei retrageri sociale voluntare. Se cunoaşte faptul că activitatea cerebrală umană este programată înainte de naştere de aşa manieră încât, cu ajutorul experienţelor obişnuite din cursul vieţii, achiziţiile mersului, vorbirii, citirii, scrierii apar într-o ordine anume. Cercetări recente asupra dezvoltării copilului lasă însă teren pentru unele ipoteze legate de posibilitatea ca unele capacităţi necesare vieţii sociale să fie şi ele preprogramate în creier, în egală măsură cu cele citate. Printre aceste competenţe se regăseşte, în primul rând, capacitatea de a recunoaşte faptul că fiinţele umane sunt diferite de tot restul mediului şi mai interesante decât acesta, apoi capacitatea de a emite semnale nonverbale capabile să atragă atenţia altor indivizi, precum şi de a răspunde la semnalele venite de la aceştia. În al treilea rând, este vorba de capacitatea de a utiliza mijloacele verbale de comunicare şi, în al patrulea rând, de o empatie instinctivă cu sentimentele şi gândurile altor persoane. Tocmai aceste capacităţi sunt profund afectate, dacă nu complet absente în autism, din cauza unei disfuncţii cerebrale care poate să fie determinată de diverse cauze fizice.

Problema autismului nu este o absență a dorinței de interacțiune și comunicare, ci o lipsă a posibilității de a face acest lucru. Aceste dificultăți de socializare exercită o puternică influență asupra comprehensiunii complexităților și schimbărilor continue ale vieții sociale, subiecții autiști refugiindu-se în aspecte ale lumii care nu se schimbă. Pentru a-și controla incapacitatea de înțelegere și frica, ei se agață fie de obiecte sau de ritualuri, fie își concentrează întreaga energie asupra unor subiecte anume în care regulile sunt fixe. Iar dacă sunt deranjați din aceste activități repetitive, devin agitați, uneori chiar agresivi.

Ca urmare, specialiștii se regăsesc în fața unor dificultăți destul de mari deoarece, pentru moment, lipsesc mijloacele de vindecare a disfuncțiilor cerebrale; de asemenea, normalitatea este greu de stabilit în cadrul interacțiunilor sociale ale copiilor autiști deoarece lipsește capacitatea spontană, instinctivă, de a înțelege ce simt și ce gândesc ceilalți.

O persoană care are de-a face cu un copil autist cunoaște problemele, ca și avantajele unei rutine rigide. Odată ce aceasta va fi acceptată de către copil, el va opune o rezistență incredibilă față de orice schimbare. în consecință, părinții trebuie să inițieze doar mici schimbări pe care să le introducă treptat, în același timp cu asigurări ferme că acestea nu sunt periculoase. În acest mod, copilul va învăța să își asocieze părinții cu o situație liniștitoare, securizantă, începând să valorizeze pozitiv ființa umană, atribuindu-i chiar unele avantaje față de obiecte.

Mulți copii autiști sunt atrași de muzică, aceasta putând fi folosită pentru încurajarea interacțiunii: de exemplu, în momentele de moleșeală după baie, i se poate pune un disc favorit, în același timp cu executarea unor gesturi de alintare și tandrețe. Etapa următoare constă în a interveni în activitățile preferate ale copilului, începând prin a imita ceea ce face, introducând apoi variații, minime inițial, apoi din ce în ce mai importante, dar cu multă grijă, deoarece apariția atașamentului și a interesului social poate fi frânată în cazul în care copilul se simte obligat să facă unele lucruri peste capacitățile sale.

Problema furiei sau a acceselor agresive trebuie abordată cu aceeași prudență. Aceasta facilitează dezvoltarea încrederii și afecțiunii la copil și părinți dacă modul de reacție este bine ales. În cazul unor accese de furie ușoare, poate fi utilă simpla ignorare a copilului. Dacă

tulburarea este marcată, părintele poate încerca să-l ia în brațe, să-i vorbească încet sau să-i cânte, până ce accesul se estompează. (Trebuie menționat faptul că aceste aspecte nu au nici o legătură cu terapia *holding*, în care mama provoacă în mod voluntar furia și angoasa la copil și apoi îl ține cu forța cât timp este necesar, pentru care nu există nici o evaluare științifică menită să-i confirme eficacitatea).

Din punctul de vedere al dezvoltării sociale, educația într-o clasă este foarte importantă, una din funcțiile principale ale acesteia fiind aceea de a-l ajuta pe copil să accepte apartenența la un grup. Poate fi necesară și aici introducerea copilului în mod gradat în colectivitate, lăsându-l în fiecare zi mai mult, până când va fi capabil să tolereze prezența altor copii. Procesul educativ în ansamblul său este util pentru ameliorarea competențelor sociale; dezvoltarea comprehensiunii și folosirii limbajului verbal și nonverbal este esențială, iar activitățile extrașcolare, vizitele, excursiile sunt ocazii de încurajare a participării la viața socială.

Un subiect care revine deseori în discuție este legat de utilitatea centrelor specializate (cu clase integrate) în educația copiilor autiști, unele persoane fiind de părere că acești copii nu vor înregistra progrese în dezvoltarea socială dacă sunt lăsați împreună. Chiar dacă acest fapt pare rezonabil teoretic, practic se observă că adulții sunt cei care îi învață regulile sociale și comportamentele socialmente acceptabile. Doar copiii care sunt mai puțin afectați încearcă să-i imite pe cei normali și să învețe de la ei. Majoritatea copiilor autiști nu imită modelele normale pentru că nu le înțeleg și nu sunt motivați să o facă. Un centru specializat competent trebuie să ofere numeroase ocazii în care copiii autiști să poată participa alături de cei normali la activități special studiate și încadrate.

Diferitele tipuri anormale de interacțiune socială întâlnite la copiii autiști ridică probleme diverse. *Copiii care sunt indiferenți și par a aparține unei lumi proprii* sunt în mod special vulnerabili în fața unei presiuni sociale crescute. Ei trebuie să fie încurajați să se alăture oricărei activități care le place, oferindu-li-se șansa de lărgire a câmpului de activitate, dar trebuie să li se asigure și posibilitatea retragerii, la apariția angoasei. Majoritatea acestor copii vorbesc foarte puțin sau deloc, fiind

important să fie observați cu atenție pentru a le înțelege și a le anticipa reacțiile, evitând astfel grave probleme comportamentale.

Copiii care sunt *socialmente pasivi* sunt cel mai ușor de integrat într-o clasă. Ei sunt deseori acceptați de către ceilalți deoarece fac ceea ce li se cere în cadrul jocurilor, nemanifestând nici o exigență. Pericolul este acela de a-i ignora și de a-i lăsa să nu învețe nimic.

Copiii din a treia categorie, cei care sunt *activi și bizari în interacțiunile lor sociale* sunt deseori cel mai dificil de educat, din cauza modului în care abordează aceste interacțiuni. Ei au tendința de a deranja pe toată lumea, pun în permanență aceleași întrebări sau monologhează la nesfârșit. Ei spun deseori lucruri socialmente deplasate și jenante și par să aștepte ca persoanele din jur să le răspundă în același mod la aceleași întrebări și devin agresivi dacă nu primesc răspuns. Ei nu sunt, din aceste motive, căutați de ceilalți copii. Cea mai bună metodă de a aborda acest tip de comportament este de a fixa limite precise: răspunderea la întrebări o singură dată și ignorarea repetițiilor, ignorarea monologurilor permanente și afișarea interesului doar în cazul în care copilul trece la un alt subiect. Toate persoanele din mediul înconjurător trebuie să adopte aceeași strategie. La început, întrebările, monologurile și crizele de furie se agravează, dar dacă toată lumea este calmă, comportamentul indezirabil va diminua treptat până la un nivel acceptabil.

4.5. *Theory of mind* și „teoria iubirii"

a) Dezvoltarea funcției semiotice și achiziția limbajului

Theory of mind susținută de S. Baron-Cohen, R. Peter Hobson, J.-M. Vidal (1993) în explicarea etiologiei și simptomatologiei autismului poate fi îmbogățită și explicitată prin relaționarea ei cu teoriile explicative privind funcția semiotică. De asemenea, *theory of mind* emite ipoteza deficitului narativ în autism, ipoteză care poate fi confirmată și prin întârzierea achiziției și dezvoltării limbajului la acești subiecți, fapt relevat prin raportarea la reperele psihogenetice ale achiziției limbajului la copiii normali.

Se ştie că funcţia semiotică permite animalelor şi omului să utilizeze semne - în sens larg - pentru comunicare şi pentru reprezentare. Semnele sunt clasate în categorii diferite, însă asupra definirii lor nu există un acord deplin la diferiţi autori: semne lingvistice, semnale, indici şi simboluri. Se întâlnesc şi concepţii mai restrânse privind funcţia semiotică. Conform accepţiei lui J. Piaget şi B. Inhelder (1972), se pare că trebuie să aducem dovada că reprezentările mintale există înainte de a vorbi de funcţia simbolică/semiotică. Or, după aceiaşi autori, nici indicii, nici semnalele nu se acompaniază de reprezentări mintale. Rezultă că numai semnele lingvistice şi simbolurile funcţionând în limbaj, imaginea mintală, imitaţia amânată, gesturile sau jocurile simbolice ar caracteriza funcţia semiotică, funcţie care, ca atare, devine proprie omului.

Funcţia semiotică apare la copii odată cu limbajul, care este una dintre manifestările sale. H. Sinclair-De Zwart (1972) distinge o "funcţie de comunicare", prezentă la om de la naştere şi prezentă, de asemenea, la animale, şi o funcţie semiotică intervenind numai la om începând de la un anumit stadiu al dezvoltării şi caracterizată prin reprezentare.

J. Piaget descrie şi explică apariţia "conduitelor simbolice" la copil între 18 şi 24 luni. Achiziţia funcţiei semiotice apare, deci, ca o trecere obligatorie prin stadiul senzorio-motor, în cursul căruia, după J. Piaget, nu ar interveni reprezentări şi gândirea operatorie. Se pune întrebarea cum se îndeplineşte rolul propriu al limbajului în reprezentare, asigurat prin funcţia semiotică piagetiană? Pentru J. Piaget, achiziţia limbajului este subordonată exercitării funcţiei semiotice şi se realizează îndeosebi prin imitaţie.

Aşa cum am afirmat mai sus, J. Piaget susţine că reprezentarea nu apare la copil decât în al doilea an de viaţă. Într-un studiu asupra modelelor animale ale comportamentului uman, H. Sinclair-De Zwart (1972) sugerează că această ipoteză poate fi susţinută doar în condiţiile unei definiţii restrictive a funcţiei semiotice. În orice caz, se poate spune că imitaţia se manifestă sub unele forme mult mai precoce decât aprecia J. Piaget. Astfel, începând din a doua sau a treia săptămână, se constată imitarea de către copii a mimicii faciale în cursul unor experienţe foarte riguros organizate.

b) Theory of mind pare a implica atât procese cognitive cât şi relaţionale, din moment ce desemnează aptitudinea unui subiect de a reprezenta gândurile, trebuinţele sau dorinţele unei alte persoane.

Confruntarea datelor etologice asupra procesului de ataşament la animale şi a datelor clinice asupra tulburărilor relaţionale la subiecţii autişti sugerează faptul că, înainte de a elabora o "înţelegere a funcţionării cognitive" - ca de exemplu, o reprezentare a gândurilor unei alte persoane - copilul ar trebui să ajungă la o "înţelegere a iubirii", la o reprezentare a faptului că mama sa iubeşte şi alte persoane în afară de el.

Astăzi, un mare număr de cercetări empirice permit precizarea modalităţilor de emergenţă a acestei reprezentări la copilul normal, în timp ce alte studii subliniază incapacitatea subiecţilor autişti de a elabora o astfel de reprezentare a psihismului persoanelor din anturaj (S. Baron-Cohen, 1989).

c) Simptomele autistice şi probele de "funcţionare cognitivă" Complexitatea noţiunilor de "autism" şi de *theory of mind* ţine, fără îndoială, de faptul că ele se referă la o problemă centrală a proceselor psihice: aceea a legăturii între procesele relaţionale sau de investiţie afectivă şi procesele cognitive.

Într-adevăr, diversele nosografii actuale îi consideră "autişti" pe subiecţii care manifestă în acelaşi timp: 1) tulburări relaţionale şi afective - atitudine de retragere faţă de alte persoane, evitarea contactelor şi a privirii, ataşament specific faţă de mediul familiar sau de obiecte inanimate; 2) tulburări cognitive marcate în dezvoltarea comunicării şi limbajului - mutism sau ecolalie, limbaj manierist, incapacitatea de folosire corectă a pronumelor şi 3) apariţia acestor simptome înainte de 24-30 luni.

Diversele probe experimentale care permit punerea în evidenţă a aptitudinii de reprezentare a gândurilor, trebuinţelor, dorinţelor unei alte persoane la un copil, procedează global în modul următor: experimentatorul îi propune copilului un scenariu ce implică un alt personaj (un partener real sau o figurină); acesta aranjează un obiect într-un recipient opac, iar apoi părăseşte încăperea pentru un timp. În perioada absenţei sale, obiectul este plasat într-un al doilea recipient. Experimentatorul îi cere copilului să indice în ce loc persoana care a plecat va căuta obiectul la întoarcerea sa.

Copiii în vârstă de 4-5 ani desemnează primul recipient deoarece ei înţeleg faptul că personajul crede că va găsi obiectul în locul în care l-a plasat înainte de plecare. Copiii de vârstă mai mică nu ţin cont de această părere şi desemnează al doilea recipient, în care ei percep prezenţa reală a obiectului, în momentul în care le este pusă întrebarea.

Printre cei câţiva subiecţi autişti care pot fi supuşi la un astfel de test, 75% desemnează al doilea recipient, chiar dacă au depăşit cu mult vârsta de 5 ani. Se pare că aceştia se ghidează exclusiv după propria percepţie legată de locul real ocupat de obiect la momentul considerat.

Această carenţă în ceea ce priveşte capacitatea de reprezentare a gândurilor şi părerilor altuia, la subiecţii autişti, este considerată de unii autori ca o deficienţă înnăscută şi ca o cauză a ansamblului simptomelor relaţionale şi afective caracteristice autismului. Ipoteza de mai sus este însă destul de dificil de susţinut, atât pe plan empiric, din moment ce nu ţine cont decât în mică măsură de interacţiunile sociale precoce între mamă şi copil, cât şi pe plan logic, din moment ce implică faptul că dezvoltarea normală sau de tip autist a copilului, înainte de vârsta de 30 luni, ar fi rezultatul unei cauze - emergenţa sau nu a unei *theory of mind*- care nu ar surveni decât ulterior. În acest context, apare pertinentă o subliniere şi anume aceea că această probă relevă aptitudinea unui subiect de a ţine cont de gândurile altuia, fapt care ar putea implica şi capacitatea sa de a ţine cont de relaţiile între acest alt personaj şi obiectele la care se gândeşte acesta, pe care le caută şi le doreşte. Numeroase elemente sugerează faptul că reprezentările acestor relaţii mobilizează la copil, pe de o parte, procesele de investiţie afectivă precoce faţă de primul partener - mama - şi, pe de altă parte, modalităţile prin care şi-a însuşit relaţiile percepute între mama sa şi terţe persoane sau obiecte.

Datele etologice recente permit o mai bună diferenţiere a proceselor cognitive şi relaţionale la animale şi la oameni. Aceleaşi date resping ipoteza conform căreia autismul ar rezulta dintr-un simplu deficit cognitiv sau din "absenţa accesului la simboluri".

d) Aspecte comparative legate de procesele cognitive şi afective la mamifere şi la oameni

În mod evident, perturbările ataşamentului, prin deprivări senzoriale şi afective la tinerele mamifere, se disting net de autismul descris de L. Kanner în 1943; aceste "nevroze experimentale" ar fi cel mult comparabile cu carenţele afective sau cu "hospitalismul" lui R. A. Spitz (1963).

Există însă alte elemente de comparaţie care permit precizarea specificităţii proceselor cognitive şi relaţionale ale copiilor faţă de cele ale animalelor tinere: este vorba de observaţiile privind situaţiile triadice în care individul este în prezenţa altuia, de care este ataşat, şi a unei terţe persoane cu care acesta din urmă se află în relaţie.

Luând în considerare registrul cognitiv, diverse studii arată că cimpanzeii realizează foarte rar o integrare a celui de-al treilea în relaţiile lor interindividuale. Aceste relaţii par limitate deci la nivelul diadelor; nu se poate vorbi în acest caz de triade. Concluzia este că există aici un punct nodal în care procesele cognitive interferează cu cele afective.

În ceea ce priveşte registrul afectiv, nu lipsesc teoriile şi controversele asupra ataşamentului, sexualităţii şi dragostei la animale şi la oameni. De asemenea, termeni ca ataşament, investiţie, seducţie, folosiţi pentru caracterizarea acestor legături, nu permit degajarea specificităţii relaţiilor afective între oameni în raport cu relaţiile de ataşament ale animalelor.

Pentru a rezuma o ipoteză susţinută şi argumentată de J.M. Vidal (1993), specificitatea relaţiilor între oameni ar ţine în mod esenţial de faptul că ele implică întotdeauna prezenţa reală sau simbolică a unei terţe persoane. Iar procesul prin care copilul de 6-8 luni urmăreşte privirea mamei pentru a fixa acelaşi obiect ca şi ea, demonstrează că el este confruntat precoce cu situaţii triadice, în care poate să-şi dea seama că mama întreţine relaţii şi cu alţii.

Procesul de "atenţie conjugată" (J. S. Bruner, 1983) nu a fost descris până în prezent decât la copii (nu şi la animale); acesta pare destul de diferit de o simplă convergenţă între atenţia mai multor parteneri îndreptată spre acelaşi stimul. Se poate spune că, mult timp înainte de emergenţa unei *theory of mind* la copil, procesul menţionat putea reprezenta unul din primele puncte de legătură între un grup de relaţii etologice diadice - ataşament şi agresiune, pulsiuni şi inhibiţii – şi un grup de relaţii triadice simbolice, integrând legături de iubire şi ură, de dorinţe şi interdicţii, determinând emergenţa reprezentărilor obiectuale şi ale gândurilor celuilalt.

Orice copil, chiar autist fiind, este confruntat la un moment dat cu intervenţia unei alte persoane (tatăl, un frate, o soră); această intruziune trebuie "negociată" înainte de a se putea elabora o "înţelegere a funcţionării cognitive". Cu alte cuvinte, s-ar putea ca, pentru un copil, problema de a şti "Cine pe cine iubeşte?" sau, mai concret, "Pe cine iubeşte mama din anturajul său şi cum?" se pune înainte de cea de a şti "Ce reprezentare are cutare persoană faţă de locul unui obiect abstract?"

e) Răspunsuri ale unor subiecţi autişti la situaţii triadice Marea majoritate a copiilor studiaţi de J.M. Vidal, la spitalul de psihiatrie din Rennes manifestă atitudini de retragere; de asemenea, ei nu sunt cooperanţi la testele de funcţionare cognitivă. Acest lucru nu îi împiedică însă să reacţioneze spontan în diverse situaţii, în special în cele care implică prezenţa unui alt personaj şi a unui terţ.

1) J.M. Vidal relatează cazul unui băiat (P.) care prezenta simptome de izolare autistă precoce. Una dintre manifestările cele mai accentuate era aceea de a-i trage de păr pe cei din anturaj până la smulgere. Copilul face acest lucru mai ales când persoanele intră în relaţie în faţa lui, sau când încearcă să facă schimb de obiecte sau de cuvinte cu el. Între aceste trei situaţii declanşatoare, punctul comun pare a fi cel al intruziunii unui terţ, prezent efectiv sau reprezentat simbolic prin numele care-l desemnează.

2) Diferite observaţii longitudinale sunt realizate asupra unui subiect (H.), un băiat care începând de la vârsta de 9 luni prezenta acea evitare a privirii caracteristică autismului şi nu apuca obiectele care îi erau întinse. Noaptea urla şi nu se calma decât dacă părinţii îl luau cu ei în pat. Mai târziu, H. o obliga pe mama sa să-i stea toată noaptea la căpătâi; aştepta să fie singur cu ea ca să adoarmă. Spărgea sistematic obiecte, mai ales cele despre care auzea că sunt frumoase. La 23 ani, când îşi petrece sfârşitul de săptămână acasă, tot nu suportă ca mama sa să citească sau să-i vorbească tatălui în prezenţa sa. În pavilionul în care este internat, îşi petrece cea mai mare parte a timpului privindu-l pe un alt copil (X.), care "dansează" necontenit de pe un picior pe altul. Dacă cineva intră în relaţie cu X., H. se agită din ce în ce mai tare, îndepărtându-l în cele din urmă pe intrus. Dacă H. îl vede pe X. luând un obiect, i-l smulge imediat din mână, nu pentru a şi-l însuşi, ci pentru a-l arunca.

S-a putut deci constata, prin juxtapunerea acestor date clinice cu cele privind specificul proceselor cognitive şi afective la oameni, faţă de animale, faptul că cercetările etologice şi cognitive legate de rolul reprezentărilor în funcţionarea cognitivă la animal, la copilul normal şi la cel autist, par a fi interesante dintr-o dublă perspectivă. Pe de o parte, ele ridică o problemă crucială pentru înţelegerea dezvoltării psihicului normal sau autist: problema rolului structurant al proceselor afective şi relaţionale pentru emergenţa aptitudinilor cognitive. Pe de altă parte, ele abordează cu paradigme proprii, aspecte pe care studiile psihanalitice le tratează în termeni de "complexul lui Oedip", de "castrare psihică" sau de "metafora numelui tatălui".

Într-adevăr, ca reprezentare pentru un subiect a gândurilor, trebuinţelor şi dorinţelor altuia, *theory of mind* pare a fi o meta-reprezentare complexă, emergenţa sa la copil neputându-se rezuma la actualizarea unei competenţe cognitive înnăscute. Emergenţa acestei metareprezentări pare a implica şi un proces relaţional de tip triadic, mobilizând în acelaşi timp investiţia unui subiect către altul şi ceea ce se poate numi o "meta-investiţie" a aceluiaşi subiect; adică maniera în care el investeşte ceea ce poate repera din investiţiile celuilalt faţă de terţe persoane sau obiecte.

Urmând această idee, dificultăţile cognitive pe care autiştii le prezintă pentru elaborarea acestei metareprezentări sociale care este "înţelegerea funcţionării cognitive", par strâns legate de problemele pe care le au în tolerarea relaţiilor între două persoane din anturaj şi în elaborarea unei meta-investiţii.

4.5.1. **Theory of mind** ***şi problema autismului***

Luând în considerare studiile de specialitate, precum şi datele clinice existente, se poate afirma, fără posibilitatea de a greşi, existenţa la copiii autişti a unor dificultăţi de a răspunde la expresiile faciale ale adultului, de urmărire a privirii adultului şi de fixare a unor obiecte sau persoane care îi sunt desemnate.

Copilul autist reprezintă o entitate uimitoare: o fiinţă ale cărei aptitudini conversaţionale şi sociale se situează mult în urma unei aparente abilităţi intelectuale. În ultimii ani, această trăsătură neobişnuită a copiilor autişti a atras atenţia celor care se ocupă de limbaj şi dezvoltare cognitivă

şi care au găsit în autism o posibilitate de a descoperi o achiziţie cognitivă, care pare atât de naturală la copiii normali, încât trece practic neobservată.

Se spune despre copilul autist că nu posedă acea capacitate dată de "înţelegerea funcţionării cognitive", datorită unor deficite fundamentale. Mai întâi este vorba de o tulburare afectivă primară şi apoi de metacogniţie - copilul normal creând reprezentări mintale ale diverselor stări printr-un set de inferenţe sub acoperirea unei "înţelegeri a funcţionării cognitive", care lipseşte în autism. Această carenţă este propusă pentru explicarea bizareriei sociale, în special în domeniul limbajului.

În studiile efectuate pentru decelarea relaţiei între limbaj şi gândire, U. Frith şi F. Happe (1997) au ajuns la concluzia că în cadrul autismului lipsesc două elemente importante ale limbajului productiv: unul este evident în dialog, iar celălalt în limbajul general; în dialog, autistul pare incapabil să extindă comentariul anterior al interlocutorului, iar dacă este vorba de limbaj în general, el pare să nu ştie cum să construiască o poveste. Ambele observaţii sugerează o incapacitate de codificare a argumentelor unei acţiuni într-o structură.

Se poate presupune că autiştii sunt incapabili sau poate nu doresc să-şi spună lor sau altora poveşti. Acest lucru poate avea consecinţe serioase asupra dezvoltării funcţionării cognitive, dar şi asupra gândirii în general.

Pentru a se putea studia limbajul şi tulburările sale la copiii autişti, trebuie realizate două distincţii: prima este diferenţa de fluenţă verbală între autismul uşor şi cel sever, iar cea de a doua este noţiunea de gen sau stil, care poate fi de ajutor în cazul variabilităţii deseori neexplicate sau neexplicabile între formele de limbaj din cadrul autismului. Conversaţia obişnuită, descrierea unui set de imagini care relatează o poveste, o repovestire, explicarea unei istorioare spuse de altcineva - toate constituie genuri diferite, având tipare lingvistice diferite. Cu excepţia conversaţiei, celelalte pot fi considerate mono-loguri, care necesită o coeziune crescută în alăturarea şi potrivirea unor afirmaţii.

Aşa cum s-a putut constata, chiar şi copiii cu autism moderat posedă mai mult decât unul din stilurile (genurile) menţionate mai sus, genuri care sunt incluse în repertoriul copiilor cu autism uşor.

J. S. Bruner (1993) descrie cazul unor adolescenţi cu autism sever, internaţi în şcoala Benhaven, dar destul de prietenoşi şi dornici de a "comunica", cu toate că fluenţa lor verbală limitată făcea conversaţia practic imposibilă. În ce consta acea aparentă sociabilitate? Ce abilităţi conversaţionale sau discursive aveau subiecţii cu vârsta între 13-27 ani, media de vârstă fiind 19 ani, diagnosticaţi încă din copilărie, cu o medie a Q.I. de 24? Ei au fost observaţi în cadrul a 32 de episoade interactive, conţinând în total 104 enunţuri, pe care copiii le ofereau ca răspuns. În aceste episoade, enunţurile adulţilor erau 50% interogative, 17% declarative şi 20% imperative. S-a constatat că 91% din răspunsurile copiilor erau de acomodare socială, iar 84% erau chiar adecvate temelor propuse de adulţi.

Aceste procente sunt uimitor de ridicate pentru abilităţile lingvistice extrem de limitate ale subiecţilor, necesitând un efort vădit de mobilizare a unui set slab de resurse în domeniul contactului social. Rezultatele obţinute au dus la concluzia că subiecţii respectivi posedau abilităţi de conversaţie primare, dar nedezvoltate, majoritatea la un nivel de simplă menţinere a temei date. Dar a rămas neclară incapacitatea acelor copii de a iniţia diverse comentarii în cadrul sau în afara subiectului. Este oare aceasta cauza majoră a eşecului conversaţional?

Din moment ce, în acest caz, lipsa unor comentarii putea fi datorată nivelului scăzut de producţie lingvistică al lotului, Bruner (1993) a apelat la un alt grup, având autism uşor. Interviurile s-au desfăşurat cu patru adolescenţi, având ca teme viaţa, ocupaţiile, aspiraţiile lor şi mai ales, ceea ce simţeau ei despre acestea. Subiecţii au vorbit destul de mult, spre deosebire de cei din grupul precedent, demonstrând chiar existenţa unor iniţiative tematice. S-a putut observa şi faptul că discursul lor conţinea şi enunţuri intenţionale.

În orice caz, chiar dacă aceşti subiecţi iniţiau o temă proprie de discuţie, rareori puteau să spună ceva ce depăşea ceea ce ştiau deja, ce le era înregistrat în memorie. în faţa unei întrebări de tipul "De ce îţi place?", prezentau dificultăţi vizibile. Se poate deci afirma că dorinţa de a comunica, de a conversa poate să apară, dar fără un conţinut evident în afara menţinerii tematicii iniţiale şi cu conexiuni care pot părea uneori bizare.

S-ar părea, de asemenea, că autiştii vorbitori nu conştientizează faptul că o conversaţie se bazează pe un schimb de informaţii.

Aşa cum am amintit anterior, non-existenţa comentariilor în conversaţia autiştilor poate reflecta un aspect mai profund: acela conform căruia un autist trece prin viaţă fără a-i conferi experienţei sale forma narativă convenţională necesară, care i-ar permite să fie introdusă într-o conversaţie.

Pentru a vedea măsura în care copiii autişti sunt sau nu lipsiţi de abilităţi narative, J. S. Bruner a ales o sarcină de această natură. Au fost comparate capacităţile de istorisire ale 12 subiecţi normali cu cele ale autiştilor (14), având vârste între 9-22 ani, cu o medie de 17 ani. Subiecţii au fost amestecaţi la întâmplare după vârsta cronologică şi după sex, în fiecare grup predominând băieţii, grupul având şi câte 3 fete. Copiilor li s-au prezentat patru seturi de câte 6 cartonaşe cu imagini în care erau ilustrate poveşti simple (de exemplu, un băiat plantează seminţe, le stropeşte, iar apoi culege florile, oferindu-i-le prietenei). Imaginile îi erau prezentate copilului în ordinea logică a naraţiunii, adăugându-se, pe rând, câte una. Cerinţa era alcătuirea unei poveşti care să se potrivească cu cartonaşele, pe măsură ce acestea erau alăturate. Subiecţii autişti au dat răspunsuri scurte şi mai simple din punct de vedere gramatical.

În nici unul din grupuri, nu au fost practic folosite enunţuri intenţionale. Au fost foarte puţine referiri la dorinţe şi gânduri, chiar şi în grupul de control, şi nu au apărut diferenţe semnificative între grupuri. Dar, se ştie că acţiunile pot fi descrise într-un mod mai mult sau mai puţin intenţional şi ambele grupuri au menţionat asemenea acţiuni intenţionale în povestire. Aşa cum prevede *theory of mind,* subiecţii autişti au atribuit mai puţină intenţionalitate acţiunilor în imagini. Cei 14 autişti au dat 28 răspunsuri în care apărea o acţiune intenţională pentru un personaj, faţă de 49 în grupul copiilor normali.

Au apărut diferenţe calitative şi în ceea ce priveşte formularea răspunsurilor intenţionale între grupuri, copiii autişti folosind enunţuri foarte simple, scurte, uneori fără subiect.

Pentru ipoteza deficitului narativ în autism, prezintă interes şi utilizarea frecventă a cuvintelor desemnând o acţiune intenţională în grupul normal - *aduce, vine, merge, pleacă, se uită, oferă, împinge.*

Subiecţii autişti au folosit mai des cuvântul *pune,* pentru a exprima o intenţionalitate limitată la o acţiune anume, pe care unul din personajele unei imagini o execută la un moment dat, acţiune în care acesta are ceva în mână. Subiecţilor autişti par, deci, să le lipsească semnele cauzale, temporale şi intenţional-pragmatice, necesare pentru alcătuirea unei poveşti.

În studiile efectuate, J. S. Bruner (1993) a încercat să descopere măsura în care abilităţile lingvistice legate de naraţiune ar fi nedezvoltate la copiii autişti. Au fost făcute o serie de speculaţii legate de faptul că acest lucru ar avea de-a face cu menţinerea achiziţiei cognitive într-o formă care nu a fost codificată în manieră semiotică, facând-o astfel accesibilă în cursul conversaţiei. J. S. Bruner sugerează că ar putea fi vorba de o absenţă timpurie la copilul autist a unui impuls normal de a spune poveşti - o activitate care, în mod obişnuit, dă experienţei brute o formă simbolică, utilă pentru integrarea vieţii cotidiene în discurs.

Ipoteza pe care o propune J. S. Bruner este aceea conform căreia problemele comunicaţionale în autism se datorează unui impuls slab sau chiar absenţei impulsului de a transpune experienţa de viaţă în naraţiune, începând cu o vârstă foarte fragedă (2-3 ani). Iar acest deficit persistă mai târziu, manifestându-se chiar şi la copiii cu autism uşor, ca o dificultate de a spune o poveste.

Pare imposibil de afirmat că doar acest deficit legat de capacitatea copilului de a înţelege şi a cunoaşte stările mintale ale altora produce sau chiar constituie sindromul autist. Se poate spune mai curând că acest deficit, al cărei importanţă nu este pusă la îndoială, este consecinţa unui alt deficit, mai grav, în funcţionarea cognitivă generală. Acesta din urmă are ca efect deprivarea copilului de "baia" informaţională care i-ar face posibilă crearea semnificaţiilor prin care să participe la viaţa socială. Cum ar putea fi caracterizată această carenţă generală? Ea constă dintr-o abilitate extrem de redusă de a codifica experienţa într-o manieră narativă. Copilul autist este incapabil de a organiza interacţiunile interpersonale într-o formă canonică, în care afirmaţiile indivizilor sunt plasate în situaţii tipice, sunt exprimate în secvenţe acţionale tipice şi necesită răspuns, participare reciprocă.

Dintr-o serie de observaţii, s-a putut constata că autiştii pot urmări secvenţele narative, chiar şi pe cele care implică enunţuri intenţionale, în momentul în care aceste naraţiuni sunt întărite de imagini sau de comentarii ale altora, însă în momentul în care copiii trebuie să adapteze aceste povestiri propriilor lor capacităţi lingvistice şi cognitive, în general, ei eşuează. Acest lucru duce la concluzia că deficitul despre care este vorba nu este o simplă sursă de eşec în folosirea reprezentărilor în înţelegerea funcţionării cognitive pentru interpretarea interacţiunilor sociale, ci un deficit semiotic mai general de organizare a "narativului".

***4.5.2. Implicaţii diagnostice ale* theory of mind**

Tehnicile diagnostice obişnuite se bazează exclusiv pe prezenţa sau absenţa criteriului comportamental. Criteriile din *DSM-IV*(1994), de exemplu, specifică în mod precis numărul de itemi care trebuie să fie prezenţi, înainte ca diagnosticul de autism să fie pus. Astfel, trebuie identificate un total de 8 din 16 simptome, din care două sau mai multe trebuie să fie în legătură cu tulburări din domeniul social, unul sau mai multe simptome trebuie să fie legate de deficienţe de comunicare, iar unul sau mai multe de prezenţa unor comportamente obsesive sau ritualice. Deşi aceste aspecte oferă un diagnostic acceptat pe scară largă, o serie de probleme par a nu-şi găsi răspuns. De exemplu, deşi este destul de uşoară identificarea unor întârzieri sau absenţe, este mult mai greu să se stabilească măsura în care un comportament este normal sau nu. Şi din moment ce comportamentele pot să se asemene, chiar având baze cognitive total diferite, sistemele diagnostice exclusiv comportamentale riscă să creeze unele confuzii.

Lucrări recente au sugerat existenţa a doi posibili precursori ai deficitului funcţionării cognitive în autism şi anume tulburările în activitatea de joc (jocul de roluri, jocul cu simboluri) şi atenţia concomitentă deficitară. În cazul tipului de joc menţionat, acesta se consideră a fi distinct de jocul funcţional, care nu suferă modificări specifice în autism; în cazul atenţiei concomitente, se pare că un anume tip de fixare prezintă tulburări în autism, şi anume fixarea protodeclarativă.

În acest context, apar următoarele probleme:

(a) Se poate spune într-adevăr că cele două aspecte reprezintă precursori ai unei "înțelegeri a funcționării cognitive?" Cum se poate testa acest lucru?

(b) Dacă asemenea precursori "prezic" dezvoltarea "înțelegerii funcționării cognitive", "prezic" ei oare și cazurile de autism? S. Baron-Cohen (1993) și colaboratorii săi au investigat problema pusă de a doua întrebare, prin utilizarea unui instrument nou, *Inventarul pentru autism la copiii mici.* Acesta a fost folosit în cursul investigațiilor de rutină la copiii de 18 luni.

Așa cum se poate vedea, acest inventar verifică, printre altele, prezența jocului de roluri și a comportamentului de atenție conjugată. Studiul a scos în evidență faptul că, în timp ce o parte a grupului de copii selecționați prin randomizare (n=50, vârsta 17-21 luni) prezenta un deficit al fixării protodeclarative, unii prezentau o indiferență totală față de jocul menționat. În acest studiu, a fost testat și un grup de copii deja diagnosticați ca autiști (n=41, vârsta 18-21 luni), deoarece se presupunea că 2-3% prezintă autism determinat de cauze genetice. Punctul de interes a fost acela al descoperirii a patru copii care la 18 luni manifestau lipsa ambilor așa-ziși precursori, acești copii fiind diagnosticați ca autiști la 30 luni.

Rezultatele au oferit suportul necesar susținerii faptului că cele două aspecte comportamentale pot fi utile în detectarea timpurie a autismului.

Inventarul pentru autism la copiii mici

Numele copilului......................

Data nașterii... Vârsta ....Adresa

Secțiunea A: *Întrebări adresate părinților*

1. Copilului îi place să fie legănat sau săltat pe genunchi?	DA/NU
2. Îl interesează alți copii?	DA/NU
3. Îi place să se cațere, să urce scările?	DA/NU
4. Îi place să se joace de-a v-ați ascunselea?	DA/NU
5. Pretinde vreodată că face, de exemplu, un ceai cu un ceainic de jucărie?	DA/NU

6. Își folosește vreodată degetul arătător pentru a arăta ceva, pentru a cere?	DA/NU
7. Își folosește vreodată indexul pentru a indica interesul său pentru ceva?	DA/NU
8. Se poate juca frumos cu jucării mici fără a le duce la gură, a le arunca?	DA/NU
9. Vă aduce vreodată obiecte, pentru a vă arăta ceva?	DA/NU

Secțiunea B: *Observațiile personalului de specialitate*

1. În cursul întâlnirii, există contact vizual cu copilul?	DA/NU
2. Se atrage atenția copilului, apoi i se arată un obiect interesant, spunându-i-se ce este, se urmărește fața copilului. Se uită înspre obiectul arătat?	DA/NU
3. Se atrage atenția copilului, i se dă apoi o ceașcă și un ceainic de jucărie și este întrebat: „Poți să faci o ceașcă de ceai?" Se urmărește măsura în care pretinde că toarnă ceaiul, că bea.	DA/NU
4. Copilul este întrebat: „Unde este lumina?" sau „Arată-mi lumina". Își îndreaptă degetul arătător către lumină? Se poate repeta cu un obiect sau o jucărie.	DA/NU
5. Poate să construiască un turn din cuburi? Dacă da, din câte? Numărul de cuburi.	DA/NU

Există o posibilitate a învățării pentru theory of mind?

Copiii normali nu par a necesita o "antrenare" specială pentru a dobândi "înțelegerea funcționării cognitive". Se pare că această teorie poate fi predată copiilor care nu au reușit să o achiziționeze în mod natural. O asemenea antrenare poate oferi o alternativă înțelegerii mintale.

În cazul copiilor autiști, sarcina aceasta poate fi considerabil mai grea decât, de exemplu, a-l învăța pe un copil cu cecitate să citească, din moment ce este implicată schimbarea înțelegerii. Principalele probleme care se pun sunt următoarele:

1) Pot fi "predate" și învățate conceptele legate de funcționarea mintală și dacă da, care ar fi tehnicile care ar facilita acest lucru și cât va dura acest proces?

2) Sunt unele concepte mai uşor de învăţat decât altele pentru copiii autişti? Dacă da, conceptele sunt achiziţionate într-o anumită ordine? Adică, achiziţia unuia o precede întotdeauna pe alta?

3) În măsura în care conceptele sunt achiziţionate în cursul înţelegerii unor exemple specifice de comportament, acestea pot fi generalizate pentru a-i permite copilului să înţeleagă noi exemple de comportament?

4) Achiziţia conceptelor legate de stările mintale duce la vreo schimbare în comportamentul social şi comunicaţional al copilului, şi dacă da, care dintre aspecte se modifică?

5) Care ar fi factorii care ar contribui la achiziţionarea de către copiii autişti a acestor concepte?

Explicarea principiilor care stau la baza stărilor mintale

S-a încercat analiza înţelegerii stărilor mintale prin simple principii, considerându-se apoi măsura în care aceste principii pot fi predate intensiv cu multe exemple, folosind mijloace multiple. Această abordare porneşte de la ideea conform căreia înţelegerea stării mintale poate fi într-adevăr redusă la simple principii. Ca exemple de asemenea principii pentru unele stări mintale (cunoaştere, dorinţă, a pretinde că) se pot aminti:

a) Percepţia determină cunoaşterea. O persoană va cunoaşte un anume lucru x, dacă acea persoană a văzut sau a auzit ceva despre x.
b) Dorinţele sunt satisfăcute prin acţiuni sau obiecte. Dacă o persoană doreşte ceva (x), va căuta sau va obţine x. Invers, dacă o persoană nu doreşte x, îl va evita sau îl va refuza.
c) A pretinde implică substituţia obiectului. Când o persoană pretinde substituţia obiectului x, ea poate face acest lucru fără a folosi obiectul în sens uzual, ci doar în scopul divertismentului.

Asemenea principii pot fi transpuse în forme mai complexe (de exemplu, dacă cineva doreşte ceva, nu întotdeauna încearcă să obţină acest lucru în mod direct). În cazul autismului, explicarea funcţionării cognitive trebuie să înceapă prin principii expuse în formă cât mai simplă, într-o manieră cât mai concretă, folosind un mare număr de exemple.

Principiile care guvernează fiecare stare mintală sunt exersate folosindu-se o serie de tehnici ca, de exemplu, jocul cu păpuşi, psihodrama, limbajul, imaginile, chiar grafica pe computer, cu scopul de a creşte posibilitatea ca una dintre ele să fie motivantă pentru copil. Acest program intensiv a fost aplicat doar copiilor autişti cu o vârstă mintală mai mare de trei ani şi jumătate.

Ipoteza legată de *theory of mind* a fost folosită ca instrument explicativ pentru înţelegerea deficitelor cognitive fundamentale prezente în cazul autismului. Dar, în legătură cu acest aspect, rămâne o serie de controverse de rezolvat, aşa cum, de altfel, autismul în general include încă numeroase enigme. Oricum, ceea ce este evident e că această ipoteză, indiferent că se dovedeşte a fi integral corectă sau nu, a determinat parcurgerea unei noi etape în cercetarea autismului, încercând realizarea unei punţi de legătură între problemele de socializare şi cele cognitive care caracterizează acest sindrom.

De asemenea, s-a ajuns la concluzia că nu există un real conflict între cele două puncte principale de vedere legate de autism -cel care îl consideră în mod esenţial o tulburare afectivă (R. Peter Hobson, 1993) şi cel care îl consideră un deficit de dezvoltare a "înţelegerii funcţionării cognitive" (S. Baron-Cohen, 1985). Ambele ipoteze sunt consecinţe ale unui deficit mai profund, existent la persoana autistă: eşecul organizării structurilor narative, prin care mediul cultural formează aşteptări în legătură cu sentimentele, gândurile, convingerile oamenilor în anumite situaţii, în scopul creării semnificaţiilor convenţionale, comunicabile altor oameni care aparţin aceleiaşi culturi.

4.6. Particularităţi ale tratării informaţiei la copiii autişti

Deficienţe ale îndrumării informaţiei pe diferite căi specifice

Caracteristicile procesului de gândire la copilul autist reprezintă o temă de mare interes pentru acest domeniu atât de controversat care este autismul. Bazându-se pe o serie de metode comportamentale şi pe aspectele neurofiziologice, precum şi pe comparaţia între performanţa copiilor autişti, a celor deficienţi mintali şi a celor normali, o echipă de

cercetători americani a descoperit elemente interesante de regularitate. Copiii autişti au dovedit cea mai slabă capacitate de a răspunde la directive verbale sau de a utiliza cuvintele în acest scop. Marea majoritate a acestor copii au realizat, de asemenea, o performanţă inferioară faţă de cea normală la diverse sarcini legate de rezolvarea de probleme, care includeau reacţii la indici senzoriali.

Interesant este faptul că, în ciuda slabei lor performanţe de ansamblu, copiii autişti au dat dovadă de o capacitate relativ mai bună de a rezolva sarcinile legate de informaţia senzorială apropiată (tactilă, olfactivă, stimulare kinestezică), decât în cazul celor care implicau receptarea informaţiei la distanţă (vizuală, auditivă). Aceiaşi cercetători subliniază că, în domeniul văzului şi auzului, chiar dacă ambele simţuri sunt considerate nesatisfăcătoare, un deficit mai pregnant se constată în domeniul discriminării auditive a sunetelor. Este, de altfel, cunoscută sensibilitatea crescută la sunete a copiilor autişti de vârstă mică şi tendinţa acestora de a manifesta o reactivitate imprevizibilă la sunet, factor care deseori îi determină pe părinţi să creadă în posibilitatea surdităţii copilului.

Aceşti copii pot fi perturbaţi, de exemplu, de foşnetul unei foi de hârtie, deşi par insensibili la zgomot. Printre semnele cele mai precoce ale autismului, indiferenţa la sunete se regăseşte cu o mare frecvenţă încă din primul an de viaţă. Electrofiziologia permite punerea în evidenţă a unei tulburări de modulare a răspunsurilor cerebrale la sunet. La un copil normal, amplitudinea răspunsurilor auditive cerebrale creşte odată cu intensitatea sunetului. Acest fenomen nu se observă la copilul autist, ale cărui răspunsuri la stimulări slabe pot fi dimpotrivă foarte ample.

În lucrările lui V.K.Tubbs (1966) se regăsesc informaţii asupra acestei mediocrităţi relative de tratare a stimulilor auditivi la copiii autişti. Tubbs a considerat de asemenea că performanţa copiilor autişti la subscalele de decodare auditivă şi de asociaţie ale testului de aptitudini psiholingvistice Illinois este semnificativ inferioară faţă de cea normală la vârsta respectivă. Acest lucru nu apare însă la subscalele de aptitudini vizuale, la care copiii autişti nu au obţinut rezultate semnificativ diferite faţă de cele ale subiecţilor grupului de control, de aceeaşi vârstă cronologică.

O replică ulterioară a acestei lucrări a fost efectuată de Konstantareas (1981); ea oferă un tablou mai complex, dar care nu diferă în mod sensibil. Autoarea a împărţit grupul de copii autişti pe subgrupe, în funcţie de nivelul funcţionării cognitive (ridicat, scăzut), supunându-i apoi la acelaşi test. Ea a constatat că observaţiile lui Tubbs erau valabile pentru subgrupa cu nivel mai ridicat de funcţionare cognitivă. Cu toate acestea, performanţa copiilor din cealaltă subgrupă a fost în mod uniform slabă, inclusiv cea obţinută la subscalele de decodare vizuală şi de asociaţie. Trebuie subliniat, de asemenea, că acest grup nu a fost inferior grupului de copii cu nivel mai ridicat de funcţionare cognitivă în ceea ce priveşte performanţa la testele de "opacitate vizuală" şi de memorie vizuală secvenţială. Această constatare lasă să se întrevadă faptul că, luată în ansamblu, abilitatea vizuală a copiilor autişti, indiferent de gradul lor de funcţionare cognitivă, ar putea fi uşor superioară faţă de capacitatea lor de tratare a informaţiei auditive.

Selectivitatea excesivă în tratarea informaţiei

Până aici, tabloul construit corespunde, în destul de mare măsură, ipotezei conform căreia tratarea informaţiei auditive ar fi în mod special compromisă la copiii autişti. Dar datele legate de un alt fenomen, cum ar fi selectivitatea excesivă, obţinute de R.P. Hobson (1993) şi colaboratorii săi, complică problema. Tendinţa de a se concentra asupra aspectelor particulare ale informaţiei legate de mediul înconjurător, mai curând decât a căuta asimilarea ansamblului aspectelor, ţine de adaptare. Copiii autişti cu disfuncţii grave par a fi prea specifici şi prea monolitici în înregistrarea şi tratarea informaţiei percepute. În momentul în care Hobson a supus copii autişti unui complex de stimuli, cuprinzând unul tactil, unul vizual şi unul auditiv, aceştia au reuşit într-un interval de timp relativ scurt să înveţe să răspundă la un astfel de complex. Doar în momentul în care cele trei elemente au fost separate şi au fost prezentate unul câte unul, fără vreo ordine prestabilită, a devenit clar faptul că subiecţii autişti s-au concentrat doar asupra uneia din cele trei componente, răspunzând doar la aceasta.

Dimpotrivă, copiii normali au răspuns la toţi stimulii, iar deficienţii mintali, de vârstă mintală egală cu cea a copiilor autişti, au răspuns la două componente. Se putea prevedea că autiştii vor manifesta tendinţa de a se concentra asupra stimulului vizual sau, mai probabil, asupra celui tactil, în detrimentul celui auditiv, dar nu s-a întâmplat aşa. Copiii autişti au pus accentul pe stimuli diferiţi şi nu au îndepărtat în mod sistematic stimulul auditiv. Aceste constatări corespund cu cele ale lui M. Konstantareas şi par a releva răspunsul puternic idiosincratic al acestor copii în tratarea informaţiei.

5. PARTICULARITĂȚI PSIHOGENETICE ÎN AUTISM

5.1. Semnele caracteristice observate în primii doi ani de evoluție a unui sindrom autistic

Condițiile în care se ajunge la stabilirea diagnosticului de autism sunt foarte diferite, în funcție de forma clinică și de modul în care debutează. Când este vorba de un autism asociat altor manifestări (retard, epilepsie, semne neurologice sau morfologice), acestea vor fi în general recunoscute primele, deseori foarte timpuriu, justificând și bilanțurile specializate cu ocazia cărora se va realiza evaluarea sindromului autistic. Dacă este vorba de autism "pur", problema se pune în alt mod, fiind posibile două tipuri de debut. Un debut precoce și progresiv este cel mai frecvent; uneori debutul apare însă mai tardiv, situându-se între 1 și 2 ani, dar un examen precis pune în mod obișnuit în evidență existența prealabilă a unor semne mai discrete.

Identificarea formelor clinice se realizează în funcție de principalii parametri observabili:

Modul de debut:

– precoce progresiv sau secundar (înainte de 2 ani), cu sau fără semne decelabile anterior.

Aspecte clinice ale sindromului comportamental :

– specificitatea și/sau intensitatea simptomelor;
– aspectul clinic dominant (hiporeactivitate sau hiperreactivitate).

Nivelul de dezvoltare :

– cognitiv, capacități de comunicare, etape ale dezvoltării emoționale.

Tulburări asociate :

– absența anomaliilor somatice decelabile;
– prezența semnelor fizice indiscutabile, dar nespecifice;
– patologie specifică asociată.

Contextul familial și psihosocial:

- absența unor particularități în domeniul familial;
- prezența unuia sau mai multor cazuri psihiatrice;
- prezența unui alt caz de autism (rar) sau a altor forme ale tulburării de dezvoltare;
- factori psihosociali.

Primul semestru de viață: 0-6 luni

Primele săptămâni

Corp flasc (sau dimpotrivă rigid) la ridicarea în brațe;
Pare diferit de alți copii;
Absența privirii ochi-în-ochi;
Indiferență față de îngrijiri, țipete când cineva se ocupă de el;
Absența reacției la voci umane;
Tulburări precoce ale somnului;
Tulburări alimentare: supt defectuos, lent, refuzul biberonului, regurgitări frecvente;
Eventual anomalii fizice minore.

1-3 luni

Copil hipotonic, își ține greu capul;
Cumințenie bizară, neobișnuită;
Anomalii ale privirii;
Facies inert, "serios";
Deficit de atenție față de persoane;
Nu zâmbește sau zâmbește foarte puțin; nu este sensibil la voci;
Tulburări alimentare: anorexie, vomă, indiferență în timpul suptului;
Tulburări ale somnului: insomnie "silențioasă"/agitată;
uneori hipersomnie.

3-6 luni

Copil excesiv de potolit, sau dimpotrivă, iritabil;
Hipotonie (uneori hipertonie);
Întârziere în menținerea poziției capului, a poziției șezânde;
Absența sau întârzierea atitudinii anticipatoare;
Absența sau deficitul de ajustare posturală;

Absența sau raritatea apariției surâsului;
Expresii faciale puține; figură în general tristă, indiferentă;
Anomalii ale privirii (deficitul contactului vizual, privire goală, strabism);
Indiferență față de lumea sonoră și/sau hipersensibilitate la anumite sunete;
Absența sau întârzierea gânguritului;
Sărăcia atașamentului afectiv față de persoane;
Dispoziție sumbră, iritabilă; țipete, furie;
Absența expresiei de bucurie;
Interes special pentru mâini;
Ignorarea jucăriilor;
Tulburări ale somnului: insomnie agitată sau calmă;
Dificultăți de alimentație;
Tulburări digestive; constipație precoce;
Anomalii ale curbei termice.

Al doilea semestru de viață: 6 luni-1 an
Hipotonie;
Întârzierea ajustării posturale; ținut în brațe, se menține la distanță, se apleacă în spate;
Deficit al contactului vizual: nu se uită la persoane, nu fixează obiectele; uneori, dă impresia de cecitate (dar poate fi interesat de detalii);
Expresivitate facială redusă;
Absența gesturilor simbolice;
Absența imitației;
Indiferență față de lumea sonoră și/sau reacții paradoxale la sunete; interes pentru muzică, frică față de unele sunete;
Gângurit slab, idiosincratic (necomunicativ);
Izolare, "retragere" afectivă;
Cumințenie particulară (sau furie);
Dezinteres față de persoane;
Ignoră jucăriile sau le utilizează în mod neobișnuit;
Balansări, jocul cu mâinile și cu degetele în fața ochilor;

Absența angoasei de separare;
Absența reacției anxioase în prezența unui străin;
Reacții de frică neobişnuite (situații noi, unele zgomote);
Tulburări ale somnului: insomnie (sau hipersomnie);
Dificultăți de alimentare: refuzul linguriței, al alimentelor noi, anorexie;
Absența interesului pentru prepararea mesei; gusturi particulare.

Între 1 şi 2 ani
Întârziere (sau oprire) a mersului;
Mers şi motricitate particulare: mers pe vârfuri, balansări, rotiri;
Deficit al ajustării posturale;
Slabă coordonare vizuo-manuală;
Hipoactivitate, deficit de explorare a mediului (sau hiperactivitate fără scop);
Stereotipii (balansări);
Anomalii ale privirii: deficit al atenției vizuale, privire bizară (periferică, scurtă), fixarea detaliilor;
Anomalii ale percepției auditive; interes pentru muzică;
Expresii faciale sărace; absența gesturilor simbolice;
Limbaj absent sau perturbat: cuvânt-sunet lipsit de sens, ecolalie;
Tulburări ale comprehensiunii verbale şi nonverbale;
Deficit al contactului cu alte persoane;
Reacții afective sărace sau extreme;
Furii, anxietate, frici foarte vii;
Jocuri sărace sau stereotipe; absența jocurilor imitative;
Interese particulare (sursă luminoasă, jocuri de umbre, reflectări ale luminii, obiecte ce se învârtesc);
Evitarea unor senzații;
Tulburări ale somnului (somn agitat, ritmii);
Tulburări alimentare (refuzul unor consistențe, unor gusturi);
Absența interesului (sau opoziție) față de tentativele de impunere a igienei.

Aşa cum afirmam, aproape întotdeauna, dar nu chiar în mod invariabil, autismul debutează în primii trei ani de viaţă. Trăsăturile sale specifice variază apreciabil în funcţie de vârsta la care sunt detectabile, iar tulburarea poate să înceapă în copilăria foarte timpurie, dar să fie recunoscută abia mai târziu. Ca urmare, dovezile care atestă deficitul de dezvoltare, deseori prezent încă din primul an de viaţă, pot fi nespecifice. Pe de altă parte, tulburările de tip autist ocazionale, care apar după vârsta de 3 ani, sunt rare şi se datorează, în general, unor disfuncţii cerebrale dobândite sau unor maladii genetice cu debut tardiv.

În acest context, studiul momentului în care se plasează debutul autismului (în primul an de viaţă sau mai târziu) dobândeşte o importanţă crucială.

O valoare teoretică deosebită poate fi acordată problemei măsurii în care debutul autismului se situează în mod tipic în primul an de viaţă sau dincolo de această perioadă. Aşa cum nota L. Wing (1977), vârsta certă de apariţie a autismului este extrem de greu de stabilit. O retrospectivă a unor interviuri parentale sugerează însă că mulţi copii autişti au prezentat decalaje semnificative în dezvoltarea abilităţilor motorii, a limbajului şi a comunicării în primii doi ani de viaţă. Dificultatea interpretării acestor interviuri constă în faptul că este necesară realizarea unei distincţii între întârzierile care sunt manifestări ale unui retard intelectual general şi întârzierile sau devierile faţă de dezvoltarea normală, specifice pentru autism. De aceea, sunt foarte importante comparaţiile cu datele obţinute de la părinţii unor copii retardaţi non-autişti.

L. Wing (1977) a realizat un studiu cuprinzând datele obţinute de la părinţii unor copii normali, autişti, deficienţi mintali (cu sindrom Down), copii cu tulburări de limbaj, copii parţial nevăzători şi copii parţial surzi, cu vârste cuprinse între 4 şi 6 ani pentru a completa un program de întrebări menite să descrie anomaliile caracteristice autismului precoce. Autoarea a fost preocupată de scorurile trăsăturilor clinice corespunzătoare copiilor cu vârste cuprinse între 2 şi 5 ani. S-au pus în evidenţă contraste marcate între copiii autişti şi cei normali sau cei cu sindrom Down. Copiii autişti au prezentat dificultăţi în ceea ce priveşte atenţia vizuală faţă de persoane şi obiecte, utilizarea şi înţelegerea unor gesturi, maniera de a intra în relaţie cu cineva, modul de a răspunde emoţional în

diverse situaţii, precum şi dificultăţi în domeniul ludic. Din comparaţiile realizate cu copiii cu tulburări ale limbajului receptiv sau cu cei parţial nevăzători sau parţial surzi, s-a obţinut un contrast evident mai mic, cu toate că apărea destul de net o rată semnificativă a inabilităţilor perceptive şi socio-relaţionale încă din copilăria timpurie.

Un studiu mai recent, realizat de S. Baron-Cohen, J. Allen şi C. Gillberg (1992) adaugă alte dimensiuni acestor observaţii. Medicii de familie au fost rugaţi să completeze un chestionar scurt pentru un eşantion de copii în vârstă de 18 luni, având fraţi mai mari autişti şi care puteau fi predispuşi la o moştenire a tulburării, în paralel cu un eşantion de copii normali. Întrebările-cheie erau legate de măsura în care copiii erau interesaţi de alţii, agreau jocurile colective, se angajau în jocuri simbolice, îşi foloseau indexul pentru a desemna un obiect de care erau interesaţi. Singurii care au eşuat la mai mult de unul din aceşti itemi au fost patru copii din cei 41, aflaţi în grupul cu risc ridicat. Doar aceştia au fost diagnosticaţi ca autişti la vârsta de 30 luni. Ca urmare, cel puţin la unii copii autişti, tulburările sociale şi cognitive caracteristice devin manifeste în cel de al doilea an de viaţă.

5.2. Aspecte ale teoriei lui Bruno Bettelheim legate de autism în copilăria timpurie

5.2.1. Nou-născutul este extrem de activ

„Observaţii recente asupra nou-născuţilor arată că aceştia sunt influenţaţi de către mediu mult mai devreme decât s-ar crede", scria B. Bettelheim în 1967. Un mare număr de date extrase din diverse studii de specialitate, în mod special cele ale lui L.W. Sander (1962), conduc la ipoteza conform căreia nou-născutul este capabil de acte remarcabile de comunicare, chiar din ziua în care vine pe lume. Se afirmă chiar că mişcările sugarului se armonizează perfect cu vorbele mamei. În lucrările sale, B. Bettelheim a ajuns la concluzii asemănătoare, care l-au determinat să sublinieze natura activă a acestuia. Afirmaţiile sale contrastează însă cu poziţia psihanalitică tradiţională, care tinde să considere copilul ca pe o fiinţă relativ pasivă, poziţie confirmată de altfel de datele experimentale actuale.

5.2.2. Experiența alăptatului este critică pentru copil

Referindu-se la teoria psihanalitică tradițională, B. Bettelheim afirmă că, dacă totul merge bine în timpul alăptatului, copilul se va dezvolta cu un sentiment de încredere în sine și în alte persoane.

Dimpotrivă, dacă apar probleme, "mama și nou-născutul pot să fie angajați într-o luptă care va fi din ce în ce mai gravă". Dacă mama interpretează greșit eforturile, uneori stângace, ale copilului, se poate simți respinsă, fapt ce duce, încetul cu încetul, la o retragere mai mult sau mai puțin permanentă din partea acestuia.

5.2.3. Chiar și mamele unor nou-născuți normali pot considera dificilă stabilirea unei relații reciproce satisfăcătoare

B. Bettelheim, subliniind importanța primelor săptămâni sau luni de viață ale copilului, nu pare a considera maternitatea ca fiind ceva ușor sau "natural". Mama (și în mod sigur și tatăl) nu trebuie să aștepte nici prea mult, nici prea puțin din partea copilului. Dacă mama așteaptă prea mult de la relația sa cu copilul, poate să fie decepționată la un moment dat. În acest caz, nu numai că micuțul nu poate să-și dezvolte dorința relației, dar poate să nu mai fie interesat de realitate sau de încercarea de a o influența. De asemenea, dacă mama se așteaptă la prea puțin, poate descuraja eforturile copilului în această direcție, forțându-l "să existe mai ales ca prelungire a ei, ca obiect pasiv al îngrijirilor sale".

Autorul tranșează foarte net situația; el subliniază faptul că nici o mamă nu se poate adapta complet trebuințelor sugarului. El adaugă, de asemenea, că poate este bine ca o mamă să fie "failibilă". Dacă nu ar fi așa, copilul său nu ar avea niciodată ocazia să-și dovedească propria capacitate de afirmare în fața mitului mamei perfecte și generoase, visate de fiecare dintre noi, resursele reactive ar risca să dispară.

5.2.4. Autismul este un act de retragere

"Când unui copil i se cere din ce în ce mai mult și când încearcă să găsească satisfacții prin el însuși, el simte o frustrare și mai mare: nu găsește satisfacție și nici nu poate să facă ceea ce îi cer părinții. Copilul se retrage atunci în starea de autist" (Bettelheim, 1967). Cu alte cuvinte, copilul autist se retrage din fața lumii pentru că nu o poate suporta. Rațiunea propunerii acestei teorii ține, în parte, de experiența personală

a autorului legată de lagărele de concentrare germane, unde a fost "martorul" incredul al non-reacţiilor unor prizonieri la încercări extrem de crude. El susţine că datorită unor experienţe "cotropitoare" din perioadele critice, retragerea copiilor autişti poate fi atât de absolută, încât elimină chiar şi durerea. Se poate vorbi, în acest caz, de o concentrare a subiectului asupra sistemului defensiv propriu, pentru excluderea oricăror stimuli, fie că aceştia vin din interior sau din exterior. Până şi mutismul acestor copii pare să constituie un mecanism de apărare contra durerii afective. Paradoxul reacţiilor autistului rezidă însă în faptul că, deşi aceşti copii nu par să simtă vreo durere, frica lor de aceasta generează uneori o forţă de rezistenţă supraomenească.

B. Bettelheim consideră deci că autismul ar ţine de "o perturbare în căutarea contactului cu lumea" şi că ar fi legat înainte de toate de ceva ce se întâmplă încă de la naştere. Deşi autorul încearcă să nuanţeze această afirmaţie declarând că nu poate exclude posibilitatea existenţei unei anomalii prenatale de dezvoltare, care ar fi un factor favorizant, el nu împărtăşeşte în ansamblu teoria lui Kanner, care vorbeşte de o incapacitate înnăscută.

Pe marginea afirmaţiilor lui B. Bettelheim se pot face o serie de comentarii. În primul rând, oricât de evocatoare ar fi unele date biomedicale recente, nici un studiu nu a adus încă informaţii care să implice în mod clar anomalii biologice sau genetice specifice.

În al doilea rând, chiar dacă există unele probe evidente că autismul ar rezulta ca urmare a unor forme particulare de leziuni neuronale, nu sunt motive pentru a crede că acest lucru ar avea valoare practică. În acest sens, O. Lovaas şi colaboratorii săi (1977) au afirmat că este în mod evident posibil ca patologia să fie de natură structurală. Poate fi vorba de un deficit funcţional, cum este cazul copilului orb sau surd. Corectarea acestui deficit depăşeşte însă tehnica medicală actuală.

Insistenţa lui B. Bettelheim legată de capacităţile active ale sugarului este, cel puţin parţial, justificată. După studii relativ recente, ideile emise, de autorul amintit, în 1967 erau considerate avansate pentru acea perioadă. Interesul pentru legătura mamă-copil a crescut în mod considerabil şi constituie o modalitate de cercetare pentru o mai bună înţelegere a autismului. B. Bettelheim prezintă un mare număr de

idei inovatoare bazate pe experienţa sa în domeniul autismului. El este preocupat de descoperirea sensului subiacent al cuvintelor fragmentare, al desenelor, al activităţilor stereotipe ale copilului autist. Altfel spus, metoda lui constă în principal în încercarea de edificare a unei ipoteze legate de modul în care copilul se percepe pe sine şi în care percepe lumea înconjurătoare.

Cu toate că unii cercetători nu sunt de această părere, ideile lui B. Bettelheim sunt analoage principiilor avansate de behaviorismul radical. Sigur că psihanaliştii au pus accent pe natura relaţiei terapeut-copil, iar behavioriştii insistă asupra recurgerii la elemente de reîntărire pentru modificarea comportamentului, dar cele două puncte de vedere sunt probabil necesare pentru conceperea unui program "ideal" de diagnosticare şi de tratament.

5.3. Perioadele critice din copilăria timpurie

Aşa cum rezultă dintr-o serie de studii de specialitate, autismul infantil ar apărea ca pornind de la convingerea conform căreia nu este nimic de făcut într-o lume care oferă unele satisfacţii, deşi deseori nu cele dorite şi, de multe ori, doar în moduri frustrante. Cu cât se aşteaptă mai mult de la un copil autist şi pe măsură ce el încearcă să găsească satisfacţii proprii, cu atât frustrarea devine mai apăsătoare. Ca urmare, el se retrage din faţa lumii, pe care o consideră ostilă şi neprimitoare, cu caracter distructiv. Dar din moment ce copilul autist a avut odată o imagine vagă a unei lumi satisfăcătoare, el va lupta pentru a o redobândi, nu prin acţiune, ci prin "fantezie".

Există posibilitatea considerării autismului infantil ca provenind din experienţa copilului în cursul câtorva perioade critice. *Prima* dintre acestea se poate situa între *0-6 luni,* perioada dinaintea aşa-numitei "angoase de 8 luni", înainte ca dorinţa sa de a se împrieteni să fie întărită negativ prin frica de străini. Pentru ca această separare normală prieten-duşman să apară, experienţa anterioară a copilului trebuie să îi permită alegerea câtorva prieteni; experienţa sa ar trebui să-i furnizeze dovezi legate de bunătatea lumii. Tocmai din cauza reacţiilor specifice pe care le au la încercările de apropiere ale anturajului, unii copii pot fi recunoscuţi ca autişti în jurul acestei vârste.

Cea de *a doua* perioadă de experienţe critice ar putea fi cea dintre *6 şi 9 luni*, care în mod normal include "angoasa de 8 luni", descrisă de R. Spitz. Pe măsură ce recunoaşte alte persoane ca individualităţi, copilul începe să se recunoască şi pe sine ca atare. Dacă în cursul acestei perioade, copilul încearcă stabilirea unei relaţii cu o persoană, iar aceasta din urmă nu răspunde acestei dorinţe, el poate să renunţe la intenţia interacţiunii. Iar dacă nu reuşeşte să-l "găsească" pe celălalt, nu se va găsi nici pe sine.

A treia perioadă critică ar putea fi cea de la *18 luni la 2 ani*, perioadă în care depistarea autismului devine cea mai frecventă. Este vârsta la care copilul poate dori sau evita contactul cu lumea nu numai din punct de vedere emoţional, dar şi prin îndepărtarea efectivă de aceasta. Ar putea fi vorba de stadiul în care retragerii emoţionale din faţa mamei i se adaugă retragerea din faţa lumii întregi.

În concluzie, în fiecare stadiu, diferitele dorinţe şi încercări ale sinelui au fost blocate sau au interferat : în primul stadiu, cu tendinţa copilului de a fi în general activ; în cel de-al doilea, cu dorinţa sa activă de a interacţiona cu alţii; iar în cel de al treilea, cu eforturile de stăpânire a lumii atât fizic, cât şi intelectual.

Reîntorcându-ne la originile situaţiilor extreme în copilăria timpurie, se poate afirma că patologia maternă poate fi deseori severă, că în multe cazuri, însuşi comportamentul mamei faţă de copil oferă un exemplu de reacţie anormală. Dar acest lucru nu dovedeşte nici faptul că mama ar crea procesul autistic, nici că specificul patologiei sale ar explica-o pe cea a copilului. Aici apare şi ideea legată de concentrarea asupra relaţiei mamă-copil, concentrare care îşi are originea într-un ideal nerealist, acela al simbiozei perfecte între mamă şi copil.

M. S. Sarvis şi P. Garcia (1961), într-un studiu asupra mai multor copii autişti, au ajuns la o concluzie asemănătoare şi anume aceea că nu atitudinea maternă este determinantă pentru producerea autismului, ci reacţia spontană a copilului faţă de aceasta. Ei sunt de părere că, în perioada critică dintre 6 luni şi 3 ani, orice i se întâmplă copilului, indiferent că provine din interior sau din exterior, este posibil să fie perceput de acesta ca persecuţie din partea mamei. Socotind-o pe mama sa responsabilă pentru dificultăţile întâmpinate, copilul o respinge. Această respingere de tip paranoid poate fi denumită *reacţie autistică*.

Astfel, reacţia autistică iniţială a copilului poate fi determinată de o serie de condiţii, dar măsura în care această reacţie devine o boală cronică depinde de răspunsul din partea mediului. Oricum, atât reacţia originală, cât şi comportamentul autistic ulterior sunt răspunsuri spontane şi autonome din partea copilului.

Aşa cum vom vedea în partea următoare, în perioada preşcolară, între 2 şi 6 ani, toate semnele, simptomele şi tulburările sunt exacerbate. Apoi, atunci când orice speranţă pare pierdută, între 6 şi 12 ani copilul manifestă o serie de schimbări. Pare mai puţin speriat de mediul înconjurător, mai puţin pierdut şi agresat de acesta. Urmează apoi perioada adolescenţei, care, pentru foarte mulţi autişti, este realmente dramatică, prin elementele sale caracteristice.

5.4. Copilul autist de vârstă preşcolară

Aşa cum afirma foarte plastic C. Milcent (1990), la această vârstă copilul autist este un adevărat „écorché vif" (jupuit de viu). Într-adevăr, copilul autist preşcolar poate avea probleme mai mult decât serioase. În momentul în care se simte frustrat, izbucneşte brusc în accese de furie impresionante şi fără un motiv aparent. Aceste crize, deseori frecvente, frapează prin violenţa lor şi prin faptul că sunt însoţite nu arareori de automutilări (muşcarea mâinilor). Accesele de furie încetează însă la fel de brusc cum au apărut, fără a-i lăsa părintelui iluzia că a ştiut să le calmeze. Uneori crizele au loc în timpul nopţii în maniera coşmarurilor şi este dificil de ştiut dacă sunt sau nu legate de reprezentări cu sens sau dacă este vorba doar de senzaţii dezagreabile.

Aceşti ani sunt întotdeauna foarte dificili pentru părinţi, care par să nu conteze pentru copil. Când pare a fi demn de interes, umanul este, în cel mai bun caz, un obiect al curiozităţii sau un mijloc de acţiune. Părinţii trebuie să suporte starea de tensiune, disperarea copilului, fără a putea să-i diminueze suferinţa. La această vârstă, copilul autist nu ia în seamă aprobarea sau dezaprobarea părinţilor, iar descoperirile şi interesele sale nu sunt ghidate de partenerul uman.

Copilul autist va reuşi construirea relativă a unei reprezentări a mediului, căutându-şi reperele. Acestea vor consta adeseori în regularităţi, ritmuri sonore sau vizuale. El inventează coerenţe şi găseşte

anumiți pivoți prea puțin tradiționali în jurul cărora își edifică o logică proprie, fără a putea utiliza axele sociale și culturale furnizate de adulți. Pe de alta parte, valorile sociale, frecvent transmise prin emoții, nu par a-l ghida sub nici o formă. Multă vreme tributar senzațiilor sale, el nu construiește decât foarte lent noțiunea de permanență a obiectului. El nu-și dorește o jucărie ce aparține altuia, renunță ușor la bunurile proprii, cu excepția cazurilor când acestea sunt ținta obsesiilor sale.

Demnă de remarcat la această vârstă este întârzierea apariției vorbirii. Această întârziere nu este decât expresia unei carențe mult mai profunde a comunicării, sub toate aspectele sale. În cazul în care vorbirea este totuși prezentă, autistul repetă fraze întregi fără să le analizeze. Informația verbală este stocată ca atare, așa cum a fost auzită, și este restituită în manieră identică, asemănător limbajului repetitiv al papagalului.

Vom prezenta în continuare câteva dintre caracteristicile psihice și psihologice, modul lor de evoluție și tulburările acestora la copilul autist de vârstă preșcolară.

5.4.1. Dezvoltarea sinelui și percepția de sine

Atunci când un copil normal încearcă să înțeleagă aspectele variate și complexe ale lumii și, în primul rând, ale propriei lumi, reprezentate, de exemplu, de mișcarea mâinii sau a degetelor, el începe să fie conștient de faptul că, în mod voluntar, el este autorul ce imprimă mișcarea. Când dorește să-și însușească anumite obiecte, să atingă anumite scopuri, depunând în acest sens un efort și înregistrând o reușită, Eul său începe să se dezvolte.

Dimpotrivă, comportamentul copiilor autiști indică un declin al Eului. Cu cât copilul este mai profund ancorat în autism, cu atât viața sa devine mai goală, mai monotonă și mai stereotipă, Eul său având o structură și un conținut din ce în ce mai sărace. Privirea vagă, nedirecționată și neselectivă are scopul de a evita perceperea de noi stimuli, de a nu vedea ceea ce se întâmplă în apropiere și, în consecință, prin deteriorarea pronunțată a Eului, subiectul poate ajunge la o renunțare totală și definitivă la orice fel de comunicare.

Cu toate că au fost realizate un număr mare de încercări de a alcătui un rezumat al dezvoltării timpurii a sinelui la copiii autiști, acest lucru pare a întâmpina serioase dificultăți. Se poate porni de la legătura

existentă între relativa absenţă a capacităţii de imitaţie şi posibilitatea redusă de identificare cu atitudinile altor persoane. În încercarea de ilustrare a "modului specific de existenţă a unui copil autist", G. Bosch (1970) insistă asupra manifestărilor proprii copilului căruia îi lipsesc adesea simţul posesiunii, conştiinţa de sine şi sentimentul de ruşine, dorinţa de auto-implicare şi identificarea cu o persoană activă. G. Bosch sugerează şi faptul că la copilul autist "contra-atacul" sau apărarea sunt imposibile deoarece copilul nu posedă experienţa necesară în domeniul relaţiilor defensive faţă de aşa-zisele agresiuni venite din exterior. El scoate în evidenţă faptul că întârzierea apare mai ales în privinţa capacităţii de a-l percepe pe celălalt ca pe o persoană, a capacităţii empatice şi a convingerii că lucrurile se pot referi şi la alţii, nu numai la sine.

O serie de autori au realizat paralele între descoperirile legate de autismul infantil şi cele ale lui J. Piaget privind dezvoltarea intelectuală a copiilor. Vorbind de experienţa de sine a copilului mic, Piaget (1954) afirmă că, "...exact în momentul în care subiectul este mai centrat pe sine, el se autocunoaşte mai puţin, se descoperă şi se plasează în universul pe care îl construieşte în virtutea acestui fapt. Cu alte cuvinte, egocentrismul semnifică absenţa atât a percepţiei de sine, cât şi a obiectivităţii, întrucât achiziţia posesiunii obiectului ca atare este la paritate cu achiziţia percepţiei de sine". Aceasta constituie o descriere exactă a modului în care copilul autist dobândeşte "posesiunea obiectului" simultan cu percepţia de sine.

Percepţia de sine poate fi dobândită doar atunci când subiectul devine activ prin forţe proprii, într-un moment în care egocentrismul său, încă radical, îl determină să atribuie orice eveniment extern unei activităţi personale. Dar, aşa cum se ştie, copiii autişti nu atribuie evenimentele activităţilor personale, deoarece ei se simt prea dominaţi de mediu pentru a-l putea modifica. Siguranţa rezidă doar în identic, care este opusul schimbării, în timp ce scopul esenţial al activităţii este tocmai acela de a schimba. Din moment ce copilul autist evită activitatea personală şi orice modificare, el nu poate trece dincolo de un stadiu în care universul este centrat pe ceva ce e complet independent de el ca subiect.

O altă problemă este aceea a modului în care copiii autişti îşi conceptualizează propriile caracteristici, inclusiv cele legate de vârstă şi sex. R. P. Hobson (1983) a condus o serie de cercetări referitoare la această dificultate. El a pornit de la ideea conform căreia cunoştinţele copilului normal, legate de semnificaţia diferenţelor de vârstă şi sex, ar depinde parţial de tendinţele cu bază biologică de a percepe şi a relaţiona indivizii tineri şi în vârstă, bărbaţi şi femei, în diferite moduri.

Deşi pare o modalitate neplauzibilă de gândire, date relevante atestă asemenea tendinţe chiar şi la copiii mici, capabili uneori de discriminări timpurii între bărbaţi şi femei, între adulţi şi copii. Ipoteza susţinută de R. Hobson este aceea conform căreia absenţa acestei forme de bază a diferenţierii, în cadrul relaţiilor perceptuale inter-personale, ar putea determina dificultăţile autiştilor de apreciere a naturii vârstei şi sexului pentru ei înşişi şi pentru alţii.

5.4.2. Obsesia pentru identic, pentru ordine. Permanenţa obiectului

Majoritatea celor care au fost preocupaţi de dorinţa de "neschimbare" a copiilor autişti recunosc faptul că scopul acesteia este reducerea anxietăţii. Este vorba de un efort de a păstra o ordine a lucrurilor, a modului în care se desfăşoară diverse acţiuni.

Copilul autist creează legi pe care le consideră esenţiale pentru propria siguranţă. Acestea trebuie respectate, iar dacă nu se întâmplă aşa, copilul are impresia că viaţa sa se năruie. Pentru a împiedica acest lucru, el aranjează jucăriile în aceeaşi ordine, repetă frazele în exact aceeaşi manieră şi cu acelaşi enunţ. Legile sale se disting de ale noastre prin faptul că sunt neadaptative şi universale. Una şi aceeaşi lege guvernează totul. B. Bettelheim afirma că, dacă în primele zile de viaţă tensiunea creşte şi nu este eliberată printr-o "unificare finală cu obiectul aducător de satisfacţii", apare un fel de furie neputincioasă în care anticiparea şi, o dată cu ea, viitorul, sunt distruse.

În mod evident, majoritatea copiilor autişti insistă asupra imobilităţii timpului. De aceea, ei nu acceptă să li se vorbească de copii sau adulţi, de oameni care sunt mai tineri sau mai în vârstă, pentru că acest fapt ar implica o mişcare în timp. Singura ordine permisă este cea după mărime şi în consecinţă, lumea ar fi constituită doar din oameni mici şi mari (în loc de copii şi adulţi). Timpul este un distrugător al

lucrurilor, care trebuie să rămână identice. De aceea, lumea copilului autist este o lume a spaţiului, în care nu există timp sau cauzalitate, aceasta implicând o secvenţă temporală în care evenimentele ar trebui să se succeadă.

Cauzalitatea implică de asemenea faptul că un eveniment îl determină pe celălalt, incluzând o relaţie. Copilul autist este însă îngrozit de relaţii, ele apărându-i ca distructive. În lumea copilului autist, lanţul evenimentelor nu este condiţionat de cauzalitatea obişnuită. Dar din moment ce un eveniment îi urmează altuia, trebuie să existe o lege cronică atemporală, o lege eternă. Lucrurile se întâmplă pentru că aşa trebuie, nu pentru că sunt determinate de ceva. Fiecare copil autist are însă modul său propriu de a lupta cu această dorinţă de a trăi în afara cauzalităţii, a timpului. Aceşti copii nu recunosc vreo ordine de funcţionare nici pentru propriul corp. Pentru ei, nici una din funcţiile organismului nu ia naştere din corp şi din trebuinţele sale. În cel mai bun caz, sunt sisteme mecanice, care urmează o ordine mecanică.

O paralelă interesantă poate fi din nou realizată între studiile lui J. Piaget legate de conceptul de permanenţă a obiectului şi dovezile care atestă dorinţa de "neschimbare" a copiilor autişti. După cum afirma J. Piaget, acest concept este central deoarece numai prin dobândirea convingerii permanenţei obiectului, copilul reuşeşte să realizeze organizarea spaţiului, a timpului şi a cauzalităţii. Din moment ce J. Piaget (şi mulţi alţi filosofi, înainte şi după E. Kant) acceptă faptul că acestea sunt categoriile raţionale, iar dobândirea lor depinde de conceptul amintit mai sus, atunci funcţionarea mintală depinde de asemenea, în mare măsură, de achiziţia noţiunii de permanenţă a obiectului.

Printre observaţiile lui L. Kanner, legate de autism, apare şi aceea conform căreia există "ceva" la copiii autişti care îi forţează să tindă în mod imperios către un mediu static, neschimbat şi că memoria lor în această privinţă este deseori remarcabilă. Probabil că această dorinţă de a avea obiectele aranjate întotdeauna în aceeaşi manieră poate fi mai bine înţeleasă cu ajutorul filosofiei piagetiene. Dacă unui copil autist îi lipseşte conceptul de permanenţă a obiectului, deşi a depăşit cu mult vârsta obişnuită pentru dobândirea acestuia, şi dacă majoritatea

achiziţiilor ulterioare depind de acest stadiu, se pune întrebarea: oare această insistenţă pentru identic nu ţine de un efort disperat de stabilire în lumea exterioară a ceea ce nu s-a putut stabili în propria minte?

Conform teoriei piagetiene, conceptul de obiect debutează cu o simplă imagine perceptuală în cursul primelor zile de viaţă şi câştigă complexitate în timpul celor şase stadii ale dezvoltării senzorio-motorii, ultimul stadiu situându-se în jurul vârstei de 18 luni şi durând până la aproximativ 3 ani. Pentru copilul autist, obiectele există doar dacă le vede sau dacă sunt accesibile la locul lor obişnuit; ele încetează să mai existe când sunt deplasate în afara câmpului său vizual familiar. Această necesitate a copiilor autişti de a se "crampona" de obiecte şi de locul lor demonstrează că permanenţa se pierde în momentul în care apar unele dificultăţi. În asemenea cazuri, ei trebuie să intre fizic în posesia obiectelor. De aici se poate deduce că gradul vulnerabilităţii emoţionale este acela care îl împiedică pe copil să-i confere permanenţă unui obiect pe plan mintal. Deoarece, spre deosebire de un copil normal aflat în al patrulea stadiu senzorio-motor, copilul autist poate reţine conceptul unui obiect, doar dacă "ameninţarea" legată de existenţa sa nu este prea curând resimţită. El îl pierde când acea "ameninţare" devine iminentă şi este nevoit să intre în contact fizic cu obiectul.

Cu alte cuvinte, doar în ultimul stadiu al dezvoltării senzorio-motorii, permanenţa obiectului nu mai depinde de rămânerea sa în acelaşi loc. Copilul autist, însă, nu suportă schimbarea locului pentru un obiect sau o altă modalitate de derulare a evenimentelor. Oare nu se poate presupune că acest lucru se explică prin faptul că autistul nu crede în persistenţa obiectului, dacă locul acestuia nu este cel obişnuit? Din observaţiile realizate asupra copiilor autişti, se poate afirma că, atât timp cât copilul nu este convins de propria sa existenţă ca de o constantă, el nu poate să creadă în vreo altă permanenţă. Acest lucru se bazează pe ideea imposibilităţii conservării integrităţii în faţa schimbării. Copilul autist, care a trăit prea puţine "momente de libertate" pentru el, ca persoană, nu poate transfera un astfel de concept către un obiect.

Copilul mic consideră ritmul flexibil al zilei şi al nopţii ca fiind de la sine înţeles. Când devine conştient de derularea anotimpurilor, conceptul de sine, care persistă în ciuda schimbărilor de mediu, este

bine stabilit. Astfel, constanța poate fi transferată secvenței zi-noapte, chiar dacă acestea diferă ca lungime. În cazul copilului autist, acesta insistă deseori asupra egalității zilelor, ca lungime, asupra faptului că soarele răsare și apune întotdeauna în același moment și în același loc. Apartenența lui la lume depinde de identic, de constant; constanța soarelui, a luminii, a secvenței zi-noapte sunt concepte abstracte pentru el deoarece nu oferă permanență propriei existențe.

Se pune pe bună dreptate întrebarea de ce copilul autist nu poate achiziționa conceptul de permanență a obiectelor, cu toate că insistența sa disperată de a păstra totul neschimbat arată faptul că ar avea nevoie de acesta? Dar, dacă luăm în considerare ideile lui Piaget, copilul poate achiziționa acest concept doar în măsura în care el interacționează cu mediul său în ansamblu. El trebuie să facă acest lucru până când experiența sa îl convinge că cel mai bun lucru este ca obiectele să aibă o existență permanentă, dar în același timp, ele pot să fie (și sunt) deplasate. Dacă nu reușește să depășească starea de egocentrism, aceasta va persista, producând în mod inevitabil deformarea asimilării realității.

Tocmai această încredere în intențiile benigne ale realității îi lipsește copilului autist. Din moment ce el nu este atras de interacțiune, ci dimpotrivă, o consideră o amenințare, nu reușește să se acomodeze și, de altfel, se dovedește a fi incapabil să o facă, deoarece autoconservarea necesită o lipsă de acomodare la o realitate considerată distructivă. Se poate afirma că acești copii, care nu au încredere în stabilitatea mediului lor înconjurător, pot avea la dispoziție tipurile de structuri cognitive necesare permanenței obiectului, dar nu conștientizează și nu cred acest lucru. Mai explicit, în timpul stadiului senzorio-motor, copilul autist nu se poate acomoda realității prin asumarea punctului de vedere al altei persoane, de exemplu, al mamei, care continuă să existe, deși în afara câmpului său vizual. El nu reușește să vadă, în propriul său punct de vedere, unul dintre multe altele posibile și să încerce coordonarea lui cu acela al altora.

Din moment ce copilul autist este inhibat de acțiunea pe cont propriu și de interacțiunea cu lumea, el nu poate să părăsească poziția egocentrică. În absența unui concept de permanență a obiectului și a relațiilor interumane, universul apare lipsit de ordine, haotic și imprevizibil. Singurul principiu care poate duce la o oarecare ordine este siguranța identicului.

În majoritatea cazurilor, abilitatea copiilor de a manipula obiecte şi de a-şi folosi propriul corp depăşeşte cele şase stadii de dezvoltare piagetiene. Dar abilitatea lor de a opera cu gânduri abstracte, opuse celor legate de preocupările emoţionale, este sub nivelul normal. Aceasta pare a fi blocată la al şaselea stadiu, cel care debutează în mod obişnuit la 18 luni. Este practic vârsta la care copilului autist îi este recunoscută în mod cert tulburarea de dezvoltare. Chiar dacă blocajul apare la acest ultim nivel al stadiului senzorio-motor, un grad ridicat de dezvoltare într-un anumit domeniu, concomitent cu un eşec total în altul, considerat inferior, pot fi deopotrivă prezente.

O serie de observaţii sugerează faptul că unii copii autişti sunt perfect conştienţi de constanţa obiectelor, cunoscând relaţii ca *deasupra, dedesubt, la dreapta, la stânga.* Cu alte cuvinte, ei au reuşit să stăpânească spaţiul reprezentativ. Ei sunt conştienţi (selectiv) şi de anumite cauze externe, supunându-se acestora. Se poate presupune atunci că "eşecul" în dezvoltare ar trebui fixat într-un punct de tranziţie între o primă creaţie a lumii reprezentărilor interioare şi folosirea acestor reprezentări ca instrumente simbolice de gândire. Utilizarea simbolurilor este deficitară şi haotică, iar lumea reprezentărilor interioare nu este suficient de stabilă. Când apare o aşa-zisă alterare radicală a lumii exterioare, copilul se simte ameninţat şi poate recurge la forme comportamentale primitive, în efortul de restabilire a permanenţei.

5.4.3. Comportamentele de tip obsesiv şi ritualic – mecanism de apărare al copiilor autişti

În locul modalităţilor ludice fireşti, copilul autist, chiar începând de la o vârstă fragedă, tinde să adopte moduri de interacţiune cu mediul puternic stereotipe şi ritualice. Aşa cum am amintit mai sus, rezistenţa la schimbare şi o profundă neplăcere legată de modificarea rutinei zilnice îi sunt obişnuite. Astfel, el poate insista să ia masa la aceeaşi oră în fiecare zi, în aceeaşi poziţie şi cu acelaşi set de tacâmuri. De asemenea, le pretinde şi celorlalţi membri ai familiei să se comporte în aceeaşi manieră rigidă. Această evitare a schimbării se extinde frecvent la mediul fizic, astfel încât copilul refuză, de exemplu, să tolereze o piesă de mobilier care nu e la locul său, uşi deschise într-un anumit fel sau o perdea care atârnă în mod "inacceptabil". Redecorarea locuinţei de către

părinți este deseori imposibilă datorită adevăratelor crize care se pot declanșa. Chiar și activitățile care îi sunt pe plac pot fi compromise datorită acestei rezistențe în fața schimbărilor, fie ele și minore.

Pe măsura trecerii timpului, multe dintre aceste ritualuri devin mai pervasive și pot afecta majoritatea aspectelor vieții cotidiene. Autiștii pot, de asemenea, să devină mai insistenți în privința altor persoane, care ar trebui să urmeze aceleași rutine.

Ritualurile se pot extinde și în domeniul verbal, copilul putându-i împiedica pe cei din familie să folosească anumite cuvinte. El poate de asemenea insista ca aceștia să ia parte la "partide" interminabile de întrebări și răspunsuri, care sunt aceleași în orice împrejurare (în cazurile de copii autiști la care limbajul verbal este prezent).

Deși copiii autiști manifestă rareori interes normal pentru jucării, acesta se poate îndrepta către obiecte neobișnuite sau aspecte ciudate ale obiectelor. De exemplu, ei pot deveni obsedați de necesitatea atingerii fiecărei lămpi, clanțe, întâlnite în cale. Pot fi fascinați de atingerea părului unei persoane, de hainele acesteia, fără a fi câtuși de puțin interesați de persoana ca atare.

În literatura de specialitate, au fost citate cazuri ale unor copii autiști cu un interes obsesiv pentru colecționarea unor obiecte. Tipul de obiect variază de la un copil la altul, putând fi vorba de orice, începând de la monede străine, ursuleți de pluș, până la obiecte mai bizare, ca, de exemplu, picioare de scaun, bilete de autobuz, cutii de conserve, sforicele. Deseori, copiii autiști prezintă preocupări neobișnuite, pe care le practică în detrimentul altor activități. În mod tipic, acestea implică teme ca: rute ale autobuzelor, mersul trenurilor, culori, direcții, numere.

Pe de altă parte, obiectele care constituie ținta atașamentului obsesiv sunt și manipulate într-un mod specific. Astfel, ele pot fi purtate într-o manieră precisă, între police și index sau ridicate la nivelul feței. Manierismele mâinii și degetelor sunt și ele frecvente, mișcările fiind deseori executate chiar în fața ochilor. De asemenea, tipice sunt și mișcările stereotipe ale întregului corp, rotirile în jurul propriei axe, acestea putând fi uneori extrem de complexe. Vom întâlni la autist fascinația pentru elementul sonor și pentru melodiile care declanșează deseori sincronii motrice sub forma balansărilor de pe un picior pe altul,

sau conduite de căutare şi atracţie puternică a surselor de zgomot ritmat. La copiii autişti care prezintă şi un pronunţat retard mintal, pot fi observate şi mişcări mai grave, cum ar fi lovirea capului, automutilarea sau smulgerea părului.

Comportamentele stereotipe sau autostimulatorii se pot referi la mişcări repetitive ale corpului sau ale unor obiecte, devenite ţinte ale obsesiilor. În general, în pratica medicală şi psihologică, dacă o persoană cu tulburări de dezvoltare manifestă forme ale comportamentului stereotip sau autostimulator, este deseori inclusă în categoria celor cu caracteristici autiste. Stereotipia poate implica unul sau mai mulţi analizatori, fiecare având comportamentul caracteristic.

Analizatorul	*Comportamentul stereotip*
Vizual	fixarea luminii, clipitul repetitiv, mişcarea degetelor în faţa ochilor
Auditiv	lovirea uşoară a urechilor, pocnitul degetelor, emiterea de sunete repetitive
Tactil	frecarea pielii cu mâna sau cu un obiect, scărpinatul repetitiv
Vestibular	legănatul înainte-înapoi
Gustativ	suptul repetitiv al unor obiecte sau al degetelor
Olfactiv	mirosirea obiectelor, amuşinarea unor persoane

Au existat multiple dezbateri cu privire la originea şi etiologia acestor activităţi şi comportamente. O. I. Lovaas (1981), adept al teoriei întăririi perceptive, afirmă că acestea provin din neîmplinirea trebuinţei de stimulare (se ştie faptul că autiştii se opun atingerilor, deci, sunt deprivaţi de contactele care sunt normale din punctul de vedere al dezvoltării). În consecinţă, el sugerează că indivizii autişti ar căuta o stimulare alternativă, care ar umple acest gol.

Pe de altă parte, M. H. Lewis şi colab. (1987) susţin faptul că mişcările stereotipe sunt doar un produs întâmplător al tulburării neurobiologice şi astfel, nu deţin vreo funcţie psihologică pentru subiect. În acest sens, fiind vorba de o disfuncţie cognitivă subiacentă, autiştii se antrenează în mişcări şi comportamente repetitive, declanşând un mecanism de apărare împotriva a ceea ce pare a fi o lume imprevizibilă şi fără înţeles.

Pentru a înțelege modul în care disfuncția mintală servește drept cale de acces pentru expresia mișcărilor stereotipe de tipul legănării corpului, trebuie să știm ce se întâmplă la nivel psihologic și perceptiv. Disfuncția psihologică la nivel perceptiv oferă un impuls pentru multe dintre comportamentele stereotipe. Copiii autiști par a avea un câmp vizuo-perceptiv îngustat față de copiii normali. De exemplu, U. Frith (1989) relatează cazul unui copil autist în vârstă de 7 ani care căuta cel mai mic puf alb pe covor, dar recunoștea extrem de greu jucării sau persoane. Aparent, percepția sa vizuală era extrem de acută. Ce îl împiedica însă să prezinte reacții corespunzătoare față de obiecte sau persoane? Autoarea susține faptul că autiștii își focalizează atenția asupra detaliilor și astfel, apare fragmentarea percepțiilor. Un exemplu ilustrativ al acestei afirmații îl constituie cel al unui copil care este atras de un cercel strălucitor, dar nu observă persoana care îl poartă, sau cel al copilului autist care învârte roțile unei mașinuțe, ignorând însă vehicolul ca atare, ca entitate.

După cum se cunoaște, autiștii își îndreaptă atenția spre un alt fel de stimuli decât copiii normali; din momentul în care se nasc, aceștia din urmă se ghidează după vocea partenerului uman, urmărindu-i inflexiunile. În cazul copiilor autiști, răspunsul este mai degrabă obținut prin foșnirea unei bucăți de hârtie. Ca urmare, s-a emis ipoteza conform căreia creierul autiștilor vizualizează selectiv segmente mai mici sau diferite ale mediului înconjurător. Și de aici, acea percepție complet diferită a lumii, deseori confuză și fragmentată, prezentă la copiii autiști.

Putem să ne referim la un caz al unei fetițe autiste în vârstă de 12 ani, care avea ca obiect al preocupărilor soarele, ea asociind lungimi specifice ale umbrelor cu anumite momente ale zilei. Când călătorea împreună cu mama ei în zone cu fus orar diferit, devenea extrem de agitată deoarece umbrele nu se sincronizau cu modul ei de a percepe timpul. Este evident faptul că fetița prezenta tulburări de generalizare a noțiunii de zi, lipsindu-i continuitatea cadrului temporal. Aceste cazuri sunt o dovadă a modului de percepție, diferit de normal, pe care îl au copiii autiști.

Presupunând că, în general, comportamentul își are originea în creier, se poate afirma că, pentru a descoperi cauzele comportamentului

aberant, trebuie realizată o comparaţie între creierul normal şi cel al unei persoane autiste. De exemplu, un grup de medici de la Universitatea din Iowa au sesizat o diferenţă de mărime. În cazul creierului unui autist, cerebelul este mai mare, iar corpul calos mai mic. Un alt studiu a evidenţiat faptul că amigdala şi hipocampusul sunt diferite în creierul unui autist; aceste structuri sunt caracterizate prin neuroni mai mici, grupaţi în pachete. De asemenea, în cerebel apare o substanţială reducere a numărului celulelor Purkinje. De aici se poate deduce rolul jucat de aceste formaţiuni în explicarea anumitor aspecte ale autismului.

Se cunoaşte faptul că cerebelul este asociat cu componentele motorii şi cu mişcarea. În legătură cu aceasta, un studiu realizat de E. Courchesne evidenţiază că al şaselea şi al şaptelea lob al cerebelului sunt mai mici în cazul autismului, acest fenomen fiind numit hipoplazie. Courchesne a propus o conexiune între cerebel şi modul de deplasare al focarului atenţional, autiştii necesitând mai mult timp pentru a realiza acest lucru. Cercetătorul a motivat acest fapt prin absenţa dezvoltării cerebelului în uter, determinată fie de deprivarea de oxigen, fie de infecţii, expunere la substanţe toxice.

O altă descoperire legată de cerebel se referă la reducerea numărului celulelor Purkinje, importante pentru conţinutul de serotonină, absenţa acestui neurotransmiţător putând fi asociată cu o reglare ineficientă a dispoziţiei. Cu toate acestea, există o controversă legată de relevanţa acestui factor în cazul autismului. S-a constatat că la autişti apare un nivel anormal de ridicat al serotoninei şi nu unul scăzut; mai mult, dacă aceştia consumă alimente bogate în serotonină, există riscul apariţiei unor crize, datorită faptului că aceasta joacă un rol important în producerea reflexelor condiţionate.

S-a pus de asemenea problema diferenţelor existente în cadrul sistemului limbic în două din structurile sale: amigdala şi hipocampusul. Amigdala este asociată cu reglarea emoţiilor şi a agresivităţii, iar în cazul eliminării sale la un animal, comportamentul acestuia este similar cu cel al unui copil autist. Amigdala este legată şi de răspunsul la stimulii senzoriali. Unul din simptomele prezente în autism este evitarea contactului ochi în ochi; acest fapt este legat de recunoaşterea feţelor, deoarece, în momentul în care este obligat să menţină contactul cu

privirea, copilul autist manifestă un comportament agresiv. Celulele feței permit identificarea unor situații periculoase și atunci semnalele adecvate sunt trimise către diferite structuri cerebrale pentru a produce răspunsul adecvat. În cazul autismului, individul inițiază un răspuns ostil; acesta devine un răspuns condiționat, dar autistul recunoaște efectele negative, încercând să prevină reacții similare prin evitarea privirii celuilalt, fapt ce determină stagnarea dezvoltării abilităților sociale și a limbajului.

Cea de a doua structură a sistemului limbic afectată este hipocampusul, legat de atenție și de memorie, precum și de amigdală. Copiii autiști prezintă dificultăți în învățarea și stocarea informațiilor noi în memorie. În cazul înlăturării hipocampusului la un animal, acesta va dezvolta unele comportamente etichetate ca autostimulatorii: mișcări repetitive ale corpului sau ale unor obiecte, asemeni copiilor autiști. Și, după cum am amintit anterior, pentru copiii autiști mediul este prea stimulativ, deoarece creierul nu reușește procesarea input-urilor senzoriale la fel de repede cum sunt recepționate.

Cercetătorii au sugerat diferite motive legate de angajarea copiilor autiști în comportamente stereotipe. Un set de teorii se referă la faptul că aceste comportamente îi oferă subiectului stimulare senzorială (în cazul hiposenzitivității), care este deficitară datorită unor disfuncționalități cerebrale sau periferice. Mai precis, aceste comportamente ar determina eliberarea beta-endorfinelor în corp, oferindu-i subiectului în cauză o sursă internă de plăcere. Apariția comportamentelor stereotipe este explicată prin nivelurile crescute ale opioidelor endogene, care determină o scădere a sensibilității la durere. Se sugerează de asemenea că nivelul opioidelor poate fi ridicat de activitățile repetitive. Dacă aceste activități sunt cauzatoare de durere (în mod normal), corpul individului va produce cantități crescute pentru a spori intensitatea senzației plăcute.

Un alt set de teorii statuează faptul că acest gen de comportamente se manifestă în scopul calmării persoanei (în cazul unei hipersenzitivități), în momentul în care mediul se dovedește a fi prea stimulativ, persoana simțindu-se agresată de acest mediu. Ca rezultat, individul se antrenează în aceste comportamente pentru a bloca stimulările venite din exterior.

S-a constatat de asemenea faptul că aceste comportamente stereotipe interferează cu atenția și învățarea, devenind deseori întăriri pozitive, în măsura în care persoanei i se permite efectuarea mișcării sau gestului după îndeplinirea unei sarcini.

Au fost realizate o serie de experimente care să demonstreze posibilitatea ca stresul să inducă apariția comportamentelor stereotipe atât la animale, cât și la copiii autiști. N.R.F. Maier (1961) a efectuat studii interesante folosind șobolani, cărora le-a indus un comportament fix prin varierea condițiilor atașate reperelor învățate. Primii șobolani erau antrenați să răspundă selectiv pe baza unor repere. În mod specific, ei erau învățați să sară de pe o platformă pe o alta (din două puse la dispoziție), ascunsă de niște uși. Prima platformă avea o ușă încuiată marcată cu un triunghi; cealaltă avea o ușă neîncuiată cu un cerc. Astfel, șobolanul zbura prin aer și fie împingea ușa neîncuiată cu botul, aterizând pe platformă (alegerea corectă), fie primea o lovitură în bot din cauza ușii încuiate, căzând într-o plasă (alegerea incorectă). Dacă șobolanul alegea ușa "potrivită", găsea mâncare de cealaltă parte și ca atare, curând șobolanii realizau o asociere între formă și mâncare, alegând ușa corectă.

Experimentatorii au schimbat apoi reperele, în așa fel încât ușile erau deschise sau închise la întâmplare, fără vreo legătură cu forma, iar rezultatul obținut a fost refuzul șobolanilor de a sări. Când au fost forțați să sară, au prezentat comportamente neadecvate, de tipul țipetelor la atingeri și al refuzului mâncării. La încercările ulterioare, ei săreau fie exclusiv pe plaforma stângă, fie exclusiv pe cea dreaptă. Șobolanii săreau în mod repetat pe o parte anume, indiferent de forma existentă pe ușă și neținând cont de consecințele alegerii lor. Mai mult, o dată ce comportamentul fixat se stabiliza, comportamentul neadecvat diminua. Astfel, părea că acel comportament repetitiv dobândea o adaptare internă, având un efect de calmare.

Pavlov a realizat un experiment asemănător, folosind câini antrenați să facă discriminări între cercuri și elipse. Când stimulii erau de nerecunoscut, câinii răspundeau în aceeași manieră ca șobolanii, prin comportamente fixate.

Aceste studii pot fi extrapolate şi în cazul copiilor autişti, deoarece se ştie că şi aceştia, în momentul în care sunt confruntaţi cu condiţii imprevizibile, regresează către acest tip de funcţionare. Charlop (1986) a condus un experiment în scopul evaluării tendinţelor ecolalice manifestate de copiii autişti. El a stabilit condiţii variate de mediu în funcţie de familiaritatea persoanei, a încăperii şi a stimulilor. Rezultatul a fost că episoadele ecolalice apăreau în special când subiecţii erau confruntaţi cu o persoană necunoscută, o cameră nouă şi stimuli neobişnuiţi. Din moment ce aceste condiţii au provocat un profund distres, autorul a putut să ajungă la concluzia conform căreia comportamentul ecolalic a fost invocat ca un răspuns defensiv.

J. Ruesch (1976) sugerează faptul că autiştii nu pot să se adapteze situaţiei decât prin memorarea unor criterii externe, prin abandonarea încercărilor, prin evitarea cu toate riscurile a eşecului şi prin efectuarea unor acţiuni "doar aşa" şi "în nici un alt mod". Aceste studii demonstrează faptul că atât animalele, cât şi oamenii reacţionează faţă de condiţiile neprevăzute prin comportamente stereotipe, fixe. Copiii autişti sunt angajaţi în comportamente cu structură corectă, dar lipsite de semnificaţie, de tipul ecolaliei. În momentul când li se pune o întrebare, ei o vor repetă adeseori mecanic; chiar dacă unele cuvinte pot să însemne ceva, propoziţia este pentru ei lipsită de semnificaţie, este doar o aglomerare de sunete care alcătuiesc un răspuns. Există forma, dar nu există funcţia; este vorba de o strategie în care subiecţii nu sunt nevoiţi să realizeze o alegere analitică. Acest aspect are efectul reducerii anxietăţii şi poate fi, deci, folosit ca un mecanism de apărare împotriva imprevizibilului.

W.B. Fletcher (1995) arată că o prezentare repetată a unei astfel de sarcini poate declanşa apariţia psihozei la copii. Este posibil ca autiştii să se simtă complet depăşiţi de barajul constant de percepţii fără sens, astfel încât recurg la acele comportamente stereotipe; ei nu ştiu să interpreteze corect reperele mediului lor şi să răspundă adecvat unei situaţii date.

Toate cercetările în domeniu au scos în evidenţă faptul că aceşti copii sunt fie hiper, fie hiposenzitivi la input-urile senzoriale. Hipersenzitivitatea îi determină pe autişti să manifeste acele comporta-

mente stereotipe de care am amintit. Un caz de autism devenit celebru este cel al americancei Temple Grandin, care îşi descrie propriile trăiri într-o lucrare (1997): "Din câte îmi aduc aminte, am detestat întotdeauna să fiu strânsă în braţe. Doream să experimentez senzaţia plăcută dată de o îmbrăţişare, dar părea mult prea copleşitor. Era asemeni unui val imens de maree şi reacţionam ca un animal sălbatic. Simţeam nevoia să scap, uneori printr-o smucitură bruscă." Autoarea îşi aminteşte de asemenea că deseori stătea singură într-un colţ pentru a scăpa de semnalele auditive, deoarece se simţea asemeni unui "microfon". Se simţea incapabilă să facă faţă sarcinii de a distinge stimulii în plan perceptiv, cognitiv şi interpersonal. Ea recunoaşte faptul că se apăra împotriva fluxului stimulativ prin comportamente de tip autist, care îi aduceau o oază de calm. Grandin dorea atât de mult să-şi moduleze percepţiile tactile, încât a creat acea celebră "maşină care exercită presiune", care îi inducea un val de relaxare, iar pentru o oră se simţea calmă şi senină, iar anxietatea i se diminua considerabil. În general, mulţi părinţi ai copiilor autişti relatează despre copiii lor faptul că sunt deseori în căutarea unor astfel de locuri în care sunt "presaţi" (sunt frecvent găsiţi în locuri extrem de strâmte).

Dacă în cazul autiştilor comportamentele stereotipe şi autostimulatorii apar în mod primar ca un act defensiv, este necesară luarea în considerare a acestui aspect în cadrul terapiei comportamentale. Este vorba de a încerca, în locul aplicării unor pedepse menite să reducă incidenţa acestor comportamente, metode de calmare şi relaxare prin limitarea input-urilor senzoriale.

Mulţi cercetători şi practicieni sunt actualmente de acord că analiza comportamentală aplicată (ACA) este o metodă eficientă de intervenţie în cazul problemelor comportamentale din cadrul autismului. O definiţie clinică a acestei metode statuează faptul că ACA este ştiinţa în care procedurile derivate din principiile comportamentale sunt aplicate sistematic în scopul ameliorării comportamentelor semnificative din punct de vedere social şi pentru a demonstra că aceste proceduri sunt responsabile de această ameliorare. Cu alte cuvinte, ACA examinează cauzele posibile ale unui comportament, folosind principiile acceptate ale managementului comportamental şi determină apoi, în mod sistematic,

modul de înlocuire a acestuia cu un răspuns adecvat. Într-un studiu realizat recent s-a descoperit faptul că, în privința metodelor de analiză comportamentală, acestea includ tehnici pozitive (53%), aversive (20%), de stingere (1%) și combinate (26%). Acest fapt sugerează că scopurile terapiei pentru comportamentele problematice s-au axat, în ultimii 20 ani, pe reducerea incidenței acestora mai curând prin tehnici pozitive și că amploarea procedurilor aversive este din ce în ce mai mică.

E.G. Carr și V.M. Durand (1985) au studiat influența variației contextului asupra eficienței intervențiilor asupra comportamentelor problematice. Studiul se baza pe ipoteza conform căreia o intervenție concepută să afecteze comportamentul poate să fie eficientă într-un context și să nu fie eficientă într-un altul, deoarece variabilele contextuale pot să interacționeze cu unele aspecte ale intervenției. A fost realizată o analiză funcțională a comportamentului-problemă în două contexte diferite: în cursul unor activități impuse și în cadrul activităților de relaxare. Au fost concepute două intervenții pe baza tehnicilor analizei comportamentului: o încetare a întăririi pozitive (lipsa accesului la activitate - LAC) și o întărire diferențială a unui alt comportament (RDA).

Autorii au descoperit că aceste intervenții produceau rezultate diferite, în funcție de contextul de mediu în care erau aplicate. În contextul activităților impuse, intervenția RDA producea o marcată reducere a comportamentului în cauză, iar LAC era ineficientă. Dimpotrivă, în contextul relaxării, în timp ce LAC reducea substanțial nivelul incidenței comportamentului, RDA era ineficientă. De aici, s-a putut deduce faptul că analiza funcțională realizată într-un singur tip de context poate oferi doar date insuficiente pentru elaborarea unui program eficient de intervenție.

Un alt studiu, realizat de B.A. Iwata și M.F. Dorsey (1994), se referă la folosirea unei alte tehnici de analiza comportamentului - trainingul de comunicare funcțională - în tratamentul a doi băieți cu autism, cu scopul reducerii comportamentelor de tip autostimulare, a comportamentelor agresive și stereotipe. În acest studiu, trainingul de comunicare funcțională (TCF) a fost utilizat pentru înlocuirea problemelor comportamentale cu determinism multiplu, aceasta însemnând

că acelaşi comportament este menţinut ca urmare a mai multor consecinţe. De exemplu, automutilarea poate fi menţinută atât de atenţie, cât şi de accesul la obiecte preferate. Aceasta poate indica faptul că tratamentul eficient prin metoda amintită ar necesita învăţarea mai multor alternative de comunicare. Cu alte cuvinte, înlocuirea totală a comportamentului-problemă ar fi aşteptată numai după ce subiectul a învăţat răspunsuri alternative de comunicare. Un prim experiment din cadrul studiului avea ca obiectiv determinarea variabilelor care controlau comportamentul stereotip, auto-stimulator sau agresiv cu ajutorul analizei funcţionale. S-a observat faptul că atât atenţia, cât şi accesul la obiectele preferate menţineau comportamentele. Ca urmare, aceste comportamente au fost clasificate în motivate atenţional şi motivate obiectual. Intervenţia bazată pe TCF părea să necesite învăţarea unor modalităţi alternative de captare a atenţiei şi de cerere a obiectelor, pentru a înlocui "funcţiunile" multiple existente ale agresivităţii şi autostimulării.

Un al doilea experiment urmărea în cadrul intervenţiei înlocuirea agresivităţii şi autostimulării cu alternativele funcţionale echivalente de comunicare. Pentru unul dintre subiecţi, limbajul expresiv nefiind dezvoltat, răspunsul alternativ selectat pentru captarea atenţiei era lovirea uşoară a mâinii profesorului. Pentru a cere diferite obiecte, răspunsul alternativ selectat era să desemneze cartonaşele cu desenele obiectelor dorite ("jucărie", "mâncare"). Cel de al doilea subiect, având un limbaj ecolalic, răspunsul său alternativ pentru atenţie era să rostească numele profesorului, iar pentru a cere un obiect era fie să îl numească pe acesta, fie să folosească termenul general "vreau". În cursul intervenţiei, copiilor li se oferea o întărire pozitivă prin formule verbale sau prin acordarea obiectelor cerute, în momentul în care dădeau răspunsuri corecte.

Rezultatele au arătat faptul că achiziţia abilităţilor alternative de comunicare a fost asociată cu reducerea concomitentă a agresivităţii şi comportamentelor stereotipe şi automutilatorii.

G. Berkson (1990) a evaluat gradul de eficienţă al folosirii obsesiilor copiilor autişti ca întăriri (cu şi fără proceduri de reducere) pentru anihilarea comportamentelor lor inadecvate. Studiul lui, utilizând

tehnicile analizei comportamentale, s-a bazat pe faptul că activităţile preferate şi frecvente pot fi folosite pentru întărirea răspunsurilor mai puţin obişnuite, deoarece este cunoscut că pentru copiii cu autism, activităţile preferate sunt, de cele mai multe ori, comportamentele obsesive şi auto-stimulatorii. Autorul a definit obsesia drept o preocupare intensă faţă de un obiect sau un concept specific, sursă de căutare permanentă şi de agitaţie extremă în cazul contrarierii. Au fost selectaţi patru copii autişti care prezentau astfel de comportamente; unul dintre ei era obsedat de localizări geografice, preocupat de hărţi, globuri şi atlase. Un altul manifesta un ataşament intens faţă de un elicopter de jucărie, pe care îl lua peste tot, iar dacă obiectul dispărea din raza lui vizuală putea ajunge la manifestări extrem de puternice de agitaţie şi chiar la manifestări agresive.

Autorul a utilizat întărirea diferenţială tradiţională a altor comportamente (RDA), iar întăririle alimentare erau introduse în perioada în care nu apăreau comportamentele inadecvate. În acest mod, au fost evaluate trei situaţii de tratament. Prima dintre acestea oferea obiectele obsesiilor ca întăriri pentru perioadele de absenţă a comportamentelor-problemă. A doua situaţie oferea de asemenea obsesiile ca întăriri, dar concomitent cu aplicarea unor proceduri reductive uşoare ("nu" verbal). O ultimă situaţie folosea reîntăritori alimentari de bază, însoţiţi de proceduri reductive uşoare.

Rezultatul acestui studiu indică faptul că toate cele trei situaţii au fost mai eficiente decât tradiţionalul RDA. Mai eficientă a fost considerată a doua situaţie, cea a întăririlor-obsesii, alături de procedurile reductive. Aspectele benefice ale acestei proceduri includ: uşurinţa implementării, faptul că nu necesită un timp îndelungat, că nu apar efecte secundare. De fapt, pentru trei din cei patru subiecţi, comportamentele neadecvate au fost reduse în afara şedinţelor terapeutice. Cercetătorul a ajuns la concluzia că succesul folosirii comportamentelor aberante ca întăriri poate fi explicat prin aceea că aceste comportamente pot fi întăriri primare.

O altă problemă interesantă este legată de relaţia dintre auto-stimulare şi jocul spontan cu jucării, la copiii autişti. Bazându-se pe observaţia conform căreia, deseori, copiii autişti sunt angajaţi în

comportamente stereotipe sau auto-stimulatorii, în loc să se joace normal cu jucării, cercetătorii au încercat, folosind tehnicile analizei comportamentale, să determine măsura în care eliminarea auto-stimulării, fără vreo altă intervenție asupra comportamentului copilului, ar oferi posibilitatea dezvoltării jocului adecvat. Înainte de ședințele experimentale, copiii se situau la un nivel scăzut al dezvoltării jocului și prezentau o incidență crescută a comportamentelor auto-stimulatorii. În timpul ședințelor, răspunsurile auto-stimulatorii erau pedepsite de către experimentatori prin rostirea unui "Nu" sever și prin imobilizarea părții corpului copilului implicată în acel răspuns. Rezultatele au arătat că nivelul jocului a crescut semnificativ în momentul suprimării autostimulării și a rămas la acest nivel fără întărire externă.

Autorii au precizat faptul că aceste rezultate nu se datorează efectului direct al pedepselor, din moment ce pedeapsa era folosită pentru a reduce comportamentul autostimulator. Aceste aspecte par să fie semnificative pentru că permit identificarea unui set de condiții în care să fie încurajate comportamentele ludice adecvate la copiii autiști.

Problema comportamentelor stereotipe constituie una din ariile de interes ale lui E. Schopler (1993), care a consacrat copiilor autiști numeroase lucrări și studii. El propune de asemenea o serie de metode de intervenție pentru contracararea acestor comportamente. De exemplu, unul din cazurile prezente în lucrările sale este cel al unui băiat autist de 10 ani, având o deficiență mintală ușoară, care este obsedat permanent de întrebarea: "Cât este ceasul?", fără a ține însă seama de răspuns sau de situație. El va pune această întrebare chiar dacă este așezat în fața unei pendule pe care poate să vadă cu ușurință ora. Încercările de diminuare a acestui comportament au cuprins: răspunsul la întrebare, ignorarea întrebării, ieșirea din încăpere, a-i spune copilului să tacă.

Analizând cazul, ne dăm seama că subiectul nu pune propriu-zis o întrebare, el cunoaște deja răspunsul. El verbalizează o idee perseverativă, iar răspunsul sau absența acestuia din partea adultului nu are importanță. Dacă i se cere să tacă, copilul va dobândi o stăpânire de sine crescută, care poate fi învățată folosind o regulă concretă, un stimul vizual și o recompensă concretă în momentul în care percepe regula. Intervenția trebuie începută prin introducerea sintagmei "ține gura închisă" în cursul

mai multor perioade de lucru. Subiectului i se dă apoi o sarcină non-verbală care să nu fie dificilă, de exemplu, o corespondenţă cuburi-cifră; de fiecare dată când obţine un rezultat corect, i se aduc laude şi se marchează un punct. În momentul în care întrebarea obsesivă apare, se şterge punctul şi se adoptă o atitudine contrariată. Acest procedeu este continuat cu retragerea recompenselor şi a elogiilor la fiecare apariţie a întrebării. În cazul în care îşi controlează dorinţa de a pune întrebarea, nu i se va retrage recompensa. La încheierea exerciţiului, copilul poate fi întrebat "Cât e ceasul?" şi să fie lăsat să răspundă, deoarece scopul intervenţiei este ca subiectul să conştientizeze existenţa momentelor potrivite sau nepotrivite pentru a pune întrebarea.

În concluzie, se poate afirma faptul că la copiii autişti, la care comportamentele stereotipe, autostimulatorii şi automutilatorii, apărute frecvent ca mecanisme de apărare împotriva stimulărilor excesive ale mediului înconjurător, tehnicile de analiză a comportamentului şi trainingul de comunicare funcţională sunt folosite cu succes în scopul ameliorării, cel puţin temporare, a acestor manifestări.

5.4.4. Dificultăţile de integrare socială

Copilul autist este, ca şi ceilalţi copii, inclus într-o istorie şi o societate. Dar emoţiile sale sunt absolute şi fără nuanţe, greşit legate de axul social, la fel ca şi acea "inteligenţă sălbatică", ce se dezvoltă la întâmplare, în loc să urmeze tiparele tradiţionale. Recunoaşterea partenerului social şi relaţia cu el apar foarte lent sau uneori chiar deloc. Copilul autist poate deseori "dialoga" cu peretele ori cu propriile degete, ignorând complet vocea celui care se ocupă de el.

Spre deosebire de copiii normali, copiii autişti nu reuşesc să dezvolte ataşamente puternice, specifice, faţă de părinţi, în primul an de viaţă. Ei nu-şi urmăresc părinţii prin casă, nu aleargă să-i întâmpine după o perioadă de separare. Chiar dacă sunt supăraţi, necăjiţi sau dacă îi doare ceva, rareori apelează la părinţi pentru a fi consolaţi şi foarte puţini respectă obiceiul "sărutului de noapte bună". Se mai observă un eşec în folosirea zâmbetului, gesturilor sau a contactului fizic într-un mod obişnuit, pentru a răspunde sau a iniţia un act social, încă din perioada de sugar, este absentă acea anticipare prin întinderea braţelor pentru a fi ridicat de către adult.

Contactul vizual pare, de asemenea, a manifesta tendinţe de anormalitate. Unii copii autişti evită chiar în mod deliberat privirea adulţilor. Copiii normali folosesc contactul ochi-în-ochi ca pe un semnal social, ei nu privesc fix feţele adulţilor, ci adoptă un anumit mod de a privi pentru a atrage atenţia sau pentru a dovedi că înţeleg că li se vorbeşte. Privirea lor variază şi în funcţie de familiaritatea adultului şi de contextul emoţional al situaţiei. Copilul autist nu foloseşte însă contactul vizual într-un mod corespunzător cerinţelor situaţiei sociale.

Mulţi dintre ei au tendinţa de a nu realiza discriminări între persoane, aşa încât pot să se apropie de un străin în aceeaşi măsură ca de propriii părinţi. Deşi eşecul apare la dezvoltarea unor ataşamente normale, ei nu se îndepărtează neapărat fizic de persoane. S-a observat, de exemplu, că multora le plac jocurile mai dure, în care sunt daţi peste cap. Deşi ei răspund uneori la contacte fizice de acest tip, le iniţiază rareori. Cu toate că pot să încerce captarea atenţiei adultului pentru a-şi satisface trebuinţele imediate, aceşti copii doresc foarte rar să-şi împărtăşească experienţele cu persoana adultă.

5.4.5. Tulburările de limbaj

Eşecul dezvoltării abilităţilor comunicaţionale normale este, la ora actuală, unanim acceptat ca una dintre cele mai importante trăsături ale autismului. Anomaliile limbajului sunt deseori semnalate de către părinţi şi sunt considerate, în literatura de specialitate, ca fiind printre primele probleme care produc îngrijorare. Vocalizele emise de bebeluşii autişti sunt rareori asemănătoare cu cele ale celor normali, atât în ce priveşte extinderea, cât şi frecvenţa. Acest lucru afectează şi apariţia limbajului verbal (normal între 9-12 luni). Copilul autist nu reuşeşte să participe la "conversaţiile prelingvistice" reciproce, care sunt obişnuite între mamă şi copil. Înţelegerea limbajului verbal este de asemenea redusă, iar absenţa gesturilor simbolice este o caracteristică prezentă la aceşti copii. Chiar şi cele mai simple gesturi sunt afectate, de exemplu, "arătatul cu degetul", iar dacă totuşi copiii îşi punctează dorinţele în acest mod, o fac mai degrabă cu toată mâna, decât cu indexul. Rareori aceste mişcări sunt acompaniate de mimică, demonstraţie sau gesturi simbolice.

Ca orice individ însă, autistul resimte anumite necesităţi şi doreşte să transmită anumite mesaje înspre celălalt. Dar maniera sa de comunicare non-verbală şi verbală este extrem de restrânsă şi neconvenţională. Modul său de a atrage atenţia se reduce deseori la simple strigăte; intenţia este deci prezentă, ceea ce lipseşte este însă, în mod dramatic, forma.

Copilul utilizează rareori privirea directă ca semn preliminar al dorinţei de comunicare. I se întâmplă foarte rar să se asigure de disponibilitatea eventualului partener, căutându-i privirea. Funcţia socială, interogativă, este cel mai adesea absentă. Distanţa corporală nu e nici ea respectată, copilul plasându-se fie prea aproape, fie prea departe. Gesturile membrelor superioare, utilizate pentru a acompania vorbirea, pot merge până la limita discordanţei, dar pot şi lipsi cu desăvârşire. Apropierea de partener se face deseori din spate sau din lateral, şi nu din faţă, ca pentru a evita contactul vizual direct.

Din datele statistice rezultă că 50% dintre copiii autişti folosesc totuşi limbajul verbal. Din păcate, acesta nu are întotdeauna valoare comunicativă, pentru că nu codifică "aceeaşi lume". El conţine uneori formulări atât de ermetice, încât numai cei apropiaţi pot să le decodifice. Indiferent de domeniul abordat, semanticul, semioticul şi contextul nu intră în rezonanţă. Comunicarea şi vorbirea sunt întotdeauna surse de contrarietate, de încercări laborioase şi de crize de frustrare intensă, care determină deseori renunţarea completă. Autistul vorbeşte sau încearcă să o facă din necesitate, pentru a-şi descrie stările sau pentru a-şi manifesta cerinţele. Când ascultă, dacă înţelege, o face în general la primul nivel, deoarece nu poate să conceapă existenţa reciprocităţii comunicării.

Mecanismele care definesc tulburările comunicării autiste par a fi: instabilitatea percepţiei, incapacitatea segmentării fluxului sonor în elemente distincte, imposibilitatea acordării sensului cu contextul, absenţa sentimentului de reciprocitate care presupune prezenţa unui punct de vedere diferit.

Despre copiii autişti se poate afirma, deci, nu numai că achiziţia limbajului le este întârziată, ci şi că utilizarea acestuia este complet diferită, atât faţă de copiii normali, cât şi faţă de alţi copii cu diverse

tulburări de limbaj. Probabil ca cea mai caracteristică trăsătură este eşecul în folosirea limbajului în scopul comunicării sociale. Copilul autist tinde să vorbească mult mai puţin decât un copil normal, la un nivel comparabil de dezvoltare a limbajului. El manifestă o dorinţă extrem de redusă de "comunicare de dragul comunicării". Dezvoltarea limbajului generativ este întârziată, iar enunţurile repetitive şi stereotipe iau locul celor creative. Ecoul întârziat şi inadecvat este deseori prezent; la fel inversarea pronumelor şi utilizarea anormală, egocentrică a limbajului.

În studiile efectuate pentru decelarea relaţiei dintre limbaj şi gândire, J. Bruner şi C. Feldman (1993) au ajuns la concluzia că în cadrul autismului lipsesc două elemente importante ale limbajului productiv: aceste carenţe se evidenţiază, deopotrivă, în dialog şi în limbajul general. În dialog, copilul autist pare incapabil să extindă comentariul anterior al interlocutorului. Dacă este vorba de limbaj în general, el pare să nu ştie cum să construiască o poveste. Ambele observaţii sugerează o incapacitate de codificare a argumentelor unei acţiuni într-o structură.

Pentru studiul limbajului şi al tulburărilor sale, la copiii autişti, trebuie realizate două distincţii: prima este diferenţa de fluenţă verbală între autismul uşor şi cel sever, iar cea de a doua este noţiunea de gen sau stil, care poate fi de ajutor, în cazul variabilităţii deseori neexplicate sau inexplicabile între formele de limbaj din cadrul autismului. Conversaţia obişnuită, descrierea unui set de imagini care relatează o poveste, o repovestire, explicarea unei istorioare spuse de altcineva - toate constituie genuri diferite, având tipare lingvistice diferite. Cu excepţia conversaţiei, celelalte pot fi considerate mono-loguri, care necesită o coeziune crescută în alăturarea şi potrivirea unor afirmaţii. Aşa cum s-a putut constata, în urma diverselor cercetări efectuate, în special, de J. Brúner, copiii cu autism moderat ajung la achiziţionarea mai multor stiluri din cele menţionate mai sus, stiluri care sunt incluse în repertoriul copiilor cu autism uşor.

Non-existenţa comentariilor într-o conversaţie a autiştilor poate reflecta un aspect mai profund: acela conform căruia un autist trece prin viaţă fără a-i conferi experienţei sale forma narativă convenţională

necesară, care i-ar permite să fie introdusă într-o conversație. Pentru ipoteza deficitului narativ, în autism, prezintă interes și utilizarea frecventă a cuvintelor desemnând o acțiune intențională la copiii normali - *aduce, vine, merge, pleacă, se uită, împinge.* Subiecții autiști folosesc mai des cuvântul *pune,* pentru a exprima o intenționalitate limitată la o acțiune anume, pe care un personaj dintr-una din imagini o execută la un moment dat, acțiune în care acesta are ceva în mână. Copiilor autiști par deci să le lipsească semnele cauzale, temporale și intențional-pragmatice, necesare pentru alcătuirea unei povești.

Ipoteza pe care o propune J. Bruner este aceea conform căreia problemele comunicaționale în autism se datorează unui impuls slab sau chiar absenței impulsului de a transpune experiența de viață în narațiune, începând cu o vârstă foarte fragedă (2-3 ani). Iar acest deficit persistă și mai târziu, manifestându-se ca o dificultate de a spune o poveste. Se poate afirma că deficitul amintit, a cărui importanță nu este pusă la îndoială, este consecința unei alte deficiențe, mai grave, în funcționarea generală. Urmarea este deprivarea copilului de "baia" informațională ce i-ar face posibilă crearea semnificațiilor prin care să participe la viața socială.

Majoritatea studiilor legate de limbajul copiilor autiști arată că aceștia nu folosesc pronumele *eu.* L. Kanner a denumit acest fenomen "inversarea pronumelui", ținând cont de folosirea de către copil a pronumelui personal *tu* în locul celui de persoana întâi, *eu.* El amintea și de "ecolalia întârziată" și de "afirmarea prin repetare" pentru cazurile în care, de exemplu, copilul este întrebat: "Tu vrei lapte?" și răspunsul este "Tu vrei lapte". Se pare însă că acest concept de inversare pronominală nu este de natură a clarifica problemele existente. Pentru că, de fapt, copilul nu inversează pronumele, ci evită folosirea acestora, cu atât mai mult cu cât se referă la el însuși.

Evitarea folosirii pronumelui *eu* denotă fie o negare a sinelui, fie absența conștiinței de sine, în timp ce substituția sa cu *tu* demonstrează o oarecare conștiință a sinelui altora. Anxietatea în raport cu sinele nu iese la iveală doar prin refuzul copilului de a vorbi, prin evitarea folosirii pronumelor personale. Comunicarea nu este legată doar de cuvinte, ci și de scopul utilizării acestora. Numirea lucrurilor este mai accesibilă

copiilor autişti, deoarece aceasta nu îi angajează în vreun fel şi nu le dezvăluie gândurile (orice angajament fiind o puternică sursă de anxietate). De aceea, ultimul lucru pe care doresc să-l facă este să-şi comunice sentimentele. Astfel, chiar dacă spun ceva, copiii autişti o fac cu o voce dintre cele mai bizare, de cele mai multe ori asemănătoare vocii unei persoane surde, cu aceeaşi calitate atonală şi neacomodată ca aceea a unei persoane care nu poate să-şi audă emisia vocală. De fapt, copiii autişti par a nu dori ca nici ei şi nici alţii să ştie ceea ce au spus. Acest lucru conferă vocii lor o tonalitate cât se poate de stranie, atipică.

S-a observat, de asemenea, că aceşti copii evită cuvântul *da* tot atât de mult pe cât îl evită pe *eu*, negaţia *nu* aparându-le în schimb mult mai de timpuriu în vocabular. Dacă dificultatea de învăţare a unor cuvinte ar fi determinată, aşa cum au afirmat B. Rimland şi alţii, de cauze organice, de leziuni cerebrale, nu ar trebui să existe diferenţe, iar cuvântul *da* ar trebui să apară în acelaşi timp cu *nu*. Probabil însă că preferinţa pentru folosirea negaţiei este o consecinţă a negativismului deliberat şi extrem de care dau dovadă copiii autişti.

Se poate adăuga faptul că prin interzicerea oricărei schimbări, prin refuzul existenţei sale ca *eu*, prin evitarea folosirii afirmaţiei *da*, copilul autist îndeplineşte ceea ce el consideră a fi dorinţa parentală, adică aceea de a nu exista. De aceea, pronumele *tu* - acei alţii cărora li se permite existenţa - şi adverbul *nu*, care este esenţialmente o negare a existenţei, îi sunt mult mai accesibile.

Este, de asemenea, relevantă uşurinţa cu care unii copii autişti (cei care reuşesc stăpânirea limbajului şi care nu prezintă o deteriorare profundă a capacităţilor intelectuale) învaţă să repete uneori liste nesemnificative de state, capitale, preşedinţi, cântece, chiar într-o limbă străină. Acest lucru se întâmplă probabil, în primul rând, pentru că prin repetare este evitată orice implicare personală evidentă. În al doilea rând, aceste înşiruiri nu divulgă nimic sau aproape nimic despre gândurile, sentimentele interioare, care trebuie ascunse. Folosirea limbajului de către copiii autişti pare a fi mai curând axată pe ascunderea gândurilor lor reale şi pe limitarea contactelor cu alte persoane, decât pe crearea unei punţi între semeni.

Acei copii care renunță la orice limbaj, intrând în starea de mutism, par să fie convinși că ascunderea gândurilor în spatele unui limbaj lipsit de sens nu este suficientă pentru a le oferi siguranța necesară. L. Jackson (1972) se referă, în studiile sale, la nouă cazuri de copii nevorbitori, pe care i-a avut în grijă, diagnosticați ca autiști datorită evitării oricărui contact cu ființele umane și preocupărilor lor de tip repetitiv și compulsiv. Mutismul acestor copii s-ar putea explica prin încercarea unei ultime retrageri în fața "pericolului".

Ocupându-se în egală măsură de problemele de limbaj ale copiilor autiști, G. Bosch (1970), neurolog și psihiatru german, insistă asupra faptului că, în afara acelei absențe a pronumelui *eu*, se constată același lucru în privința formelor de limbaj conectate în mod obișnuit cu semnificația verbelor *a avea, a poseda, a influența* sau *a face*. Deci nu este întârziată doar folosirea pronumelui *eu*, ci și cea a formelor verbale esențiale, care leagă persoana întâi, *eu*, de viitor de pildă, precum și cea a formelor imperative. Sunt de asemenea absente și declararea intențiilor, anticiparea procedurilor sau a scopurilor unei acțiuni. G. Bosch demonstrează astfel incapacitatea copiilor autiști de a manevra aceste concepte.

În încercarea găsirii unei cauze posibile pentru folosirea acestui limbaj bizar de către copiii autiști, G. Bosch ne trimite la originea acestuia. Limbajul se dezvoltă în cadrul interacțiunii cu ceilalți. El presupune o serie de evoluții care au loc în faza preverbală, care o precede, deci, pe cea verbală. G. Bosch pune un accent deosebit, în cercetările sale, pe comparația între dezvoltarea limbajului la copilul normal și la cel autist. El remarcă faptul, că la copilul normal, pronumele *eu* apare mai întâi în contextul unei posesiuni, iar doar mai târziu este folosit în legătură cu o acțiune fizică. Luând în considerare maniera unui copil autist de a se exprima, G. Bosch remarcă nu numai înlocuirea persoanei întâi și a funcțiilor legate de ea (posesie, acțiune), dar și modul general de construcție a enunțului, adică evitarea unei cerințe directe și, în orice caz, a uneia adresate altei persoane.

5.4.6. Problemele legate de capacitatea de simbolizare

Studiile de specialitate atestă apariția jocului simbolic și creativ pentru copilul normal în jurul vârstei de un an și jumătate, doi ani. Se pune întrebarea cât este de tipică pentru autism absența acestui tip de joc

simbolic, imaginativ? Dacă ne referim la cercetările epidemiologice întreprinse de L. Wing (1981), putem aminti faptul că şi copiii deficienţi mintali non-autişti, având o vârstă de comprehensiune lingvistică sub 20 de luni, au demonstrat lipsa iniţiativei pentru jocul simbolic reprezentativ, flexibil şi cu tematică variată. Este vorba aici de un "palier" intelectual, la nivelul căruia nici jocul simbolic, nici limbajul nu prezintă o dezvoltare corespunzătoare, indiferent de diagnostic. În momentul în care cercetătoarea s-a axat pe indivizi cu o vârstă mintală non-verbală de peste 20 de luni (şi, se presupune, cu un anume potenţial cognitiv pentru jocul imaginativ şi cu un limbaj mai elaborat), cei care au eşuat în a demonstra achiziţia jocului simbolic au manifestat şi comportamente de tip autist.

Observaţii similare pot fi extrase şi dintr-o serie de cercetări experimentale. De exemplu, unul dintre studii, realizat cu copii autişti având un nivel scăzut al dezvoltării abilităţilor, cu copii suferind de sindrom Down şi cu copii normali, a confirmat discrepanţele existente între copiii autişti şi celelalte grupe, în privinţa nivelului jocului simbolic, performanţele nefiind legate de abilitatea lingvistică; de notat este că aceste performanţe s-au îmbunătăţit în foarte mică măsură când copiii au urmărit jocul mimat de către experimentator.

O problemă care suscită interes este caracterul stadiilor timpurii ale jocului la copiii mici, autişti. Subiecţii selecţionaţi pentru un studiu efectuat de M. Sigman şi J. Ungerer (1987) aveau vârste cuprinse între 2 ani şi jumătate şi 6 ani şi au fost comparaţi cu copii non-autişti cu deficienţă mintală şi cu copii normali, situându-se la niveluri similare de funcţionare intelectuală (cu vârste mintale cuprinse între 16 luni şi 3 ani). Copiilor le-a fost prezentat un set de jucării, incluzând trei păpuşi de mărimi diferite, mobilier pentru păpuşi, un serviciu de ceai, un camion, un garaj, un telefon, o perie şi o oglindă. Experimentul a început prin efectuarea de către experimentator a unor acţiuni simbolice cu jucăriile, în timp ce copilul era aşezat pe genunchii mamei. Experimentatorul şi mama s-au plasat apoi în colţuri opuse ale încăperii, copilului permiţându-i-se să se joace singur cu jucăriile timp de 15 minute, comportamentul său fiind înregistrat prin intermediul unui *check-list* sistematic. În primul rând s-a pus accentul pe prezenţa şi pe

frecvența jocului funcțional și simbolic. Au fost notate ***patru tipuri diferite de acțiuni adecvate pentru jocul funcțional:*** *direcționate către obiect* (împingerea camionului în garaj), *auto-direcționate* (perierea părului), *direcționate către păpușă* (hrănirea cu lingurița) și *direcționate către alții* (ținerea receptorului telefonic la urechea mamei). De asemenea, s-au înregistrat ***trei categorii de acțiuni încadrate ca joc simbolic:*** *jocul prin substituție,* adică utilizarea unui obiect ca și cum ar fi un altul (folosirea unei cești de ceai ca receptor telefonic); *jocul tip agent,* adică folosirea unei păpuși ca agent acțional independent; *jocul imaginar,* crearea de obiecte sau persoane fără vreo reprezentare fizică în mediul înconjurător imediat. Diversitatea jocurilor a fost măsurată prin numărul înregistrat pentru fiecare categorie.

Rezultatele obținute au scos în evidență o angajare mai variată, mai frecventă a copiilor non-autiști în cele trei categorii de jocuri, decât cea a copiilor autiști, care s-au angajat în doar câteva acte de tip funcțional și în câteva jocuri simbolice. O altă observație este legată de faptul că autiștii folosesc rareori păpușa ca agent în cadrul unui joc structurat și direcționează de asemenea rar jocul către alte persoane.

O întrebare care se cere a fi pusă este legată de ceea ce înseamnă de fapt jocul creativ real. Este deja evident faptul că mulți copii autiști sunt capabili să se angajeze în unele forme de joc simbolic, cu toate că acest lucru se întâmplă mai curând în situații structurate, decât în situații de joc spontan. Ce caracteristici sunt însă distinctive pentru o formă sau alta de joc și ce lipsește sau este anormal în cazul autismului?

În mod sigur, întârzierea apariției jocului simbolic (și probabil a celui funcțional) deține un rol demn de luat în seamă, la fel ca și jocul stereotip, caracteristic pentru o bună parte a copiilor autiști. Este vorba de anormalitatea marcată a jocului produs spontan, opus jocului impus. De ce oare atât de puțini copii autiști par să savureze cu adevărat jocul?

Așa cum afirmă S. Wulff (1985), un copil autist care este lăsat singur în camera de joacă, plină cu jucării, deseori le ignoră, continuându-și legănarea sau bătaia din palme. Acest fapt ridică desigur probleme legate nu numai de funcțiile cognitive (simbolice, reprezentative) necesare în jocul simbolic normal, dar și de semnificația pe care jocul însuși o are pentru copilul normal. Fiecare act de

simbolizare creativă conţine o atitudine de transfer afectiv către aspectul relaţionării interpersonale din care derivă. Acesta pare a nu fi cazul pentru copiii autişti, chiar şi pentru aceia dintre ei care au ajuns (oarecum) la o înţelegere a lucrurilor şi a lumii.

5.5. Copilul autist între 6 şi 12 ani

Pe măsură ce cresc, în viaţa copiilor autişti survine o perioadă în care se înregistrează un oarecare progres, iar semnele etapei anterioare se estompează într-o măsură mai mică sau mai mare, în funcţie de gradul severităţii tulburărilor.

Deseori, în această perioadă, se conturează, în afara obsesiilor sau a fobiilor defensive, interese reale, o anume curiozitate, o căutare a cauzalităţi lor care permit o educaţie intelectuală şi culturală mai eficace, cu metode oarecum tradiţionale. Se poate crea uneori un *status quo* chiar dacă interacţiunea este asimetrică şi mai ales imatură.

Copiii autişti pot dezvolta în această perioadă ataşamente faţă de adulţii care le sunt familiari şi pot să-şi manifeste afecţiunea faţă de părinţi. În jurul vârstei de 6 ani, multe dintre tulburările sociale timpurii pot fi mai puţin evidente. Partenerul de familie începe deci să fie recunoscut în dimensiunea sa umană, adică diferit de obiectele fără viaţă. Deşi înţelegerea empatică este tot lacunară, anumite reguli sociale sunt percepute şi deduse datorită repetării experienţelor.

Se poate înţelege uşor de ce dezvoltarea socială a copilului autist depinde în măsură atât de mare de capacităţile sale intelectuale, din moment ce el va trebui să extragă regulile sociale cu ajutorul unor mecanisme care nu sunt automate şi nici reglate pe comprehensiunea emoţională.

Cu toate acestea, dificultăţile serioase de ordin social persistă. Este vorba în special de absenţa reciprocităţii şi a reactivităţii sociale adecvate, în cadrul interacţiunii cu colegii de aceeaşi vârstă. Copiii autişti se angajează foarte rar în jocuri colective şi nu leagă prietenii normale pentru această vârstă, ei preferând în continuare petrecerea timpului în lumea rutinelor lor solitare.

5.6. Autismul la adolescent

În ceea ce privește modificările specifice ale adolescentului, autistul prezintă o creștere în greutate și înălțime, decalate în raport cu normalul; talia sa este, în general, mai mică, iar precocitatea sexuală absentă.

Apare însă o caracteristică dramatică a unor adolescenți autiști: survenirea crizelor epileptice, chiar și fără semne prealabile în acest sens. După M. Rutter (1987), aproape o treime din autiștii adolescenți prezintă epilepsie între 11 și 14 ani. De aceea, asistența neurologică și medicală este determinantă în această perioadă.

În ceea ce privește modificările cognitive, s-a observat faptul că autistul își dezvoltă în general inteligența într-o manieră mai lentă și oarecum particulară. Din cele menționate anterior, s-a văzut că autismul constituie un obstacol în calea dobândirii capacității de abstractizare conceptuală. Stadiul gândirii formale este rareori atins de autistul adolescent, cunoștințele sale având valoare de absolut. Și la această vârstă, punctul de vedere al altuia este confundat cu punctul de vedere propriu sau mai degrabă nu există.

Autistul adolescent contestă rareori valorile, din moment ce ele sunt definitive și absolute, nu minte și nu înțelege minciuna. Naivitatea sa este foarte marcată, iar încrederea sa totală. El este rareori solitar pentru că o dorește, dar nu se poate integra decât destul de greu în grupuri, deoarece este incapabil să perceapă corect regulile subtile ale jocului social.

Comunicarea sa este redusă, limbajul său verbal e destul de primitiv, iar neînțelegerea schimbărilor și desăvârșita sa candoare socială îl fac să devină un candidat al mediului protejat.

În adolescență, modificările socio-emoționale suferite de autiști sunt tributare nivelului intelectual atins. Adolescentul autist pare să separe pulsiunile sale sexuale de aspectul lor relațional. Îi este foarte greu să întrețină relații interpersonale complexe datorită tulburărilor grave existente în domeniul empatiei și al reciprocității. Apar uneori și tulburări ale comportamentului sexual (exhibiționismul, masturbarea), care nu fac decât să îngreuneze adaptarea.

Adolescenţa este pentru cei mai evoluaţi şi pentru cei mai conştienţi o perioadă de depresie, de izolare, care reactivează deseori comportamentele indezirabile. Pentru cei mai puţin evoluaţi, agresiunile şi automutilările ce diminuaseră în cursul anilor anteriori îşi manifestă din nou prezenţa, creând dificultăţi din ce în ce mai serioase de integrare socială.

Putem afirma, în concluzie, că dacă etiologia autismului, în ciuda multiplelor ipoteze şi cercetări, rămâne încă o necunoscută, evoluţia comportamentală a autistului urmează o curbă relativ previzibilă, asupra căreia precocitatea, dar şi gradul de severitate a diagnosticului îşi pot pune amprenta. Acest prim excurs în cercetarea autismului este menit, în viziunea noastră, a ne crea premizele unei interpretări globale, ca referinţă permanentă la propriile noastre investigaţii.

5.7. Evoluţia pe termen lung a copiilor autişti şi psihotici

În domeniul evoluţiei clinice şi sociale a copiilor autişti şi psihotici, cercetările longitudinale sunt rare şi sunt realizate prin prisma unor abordări diverse. Diversitatea criteriilor nosografice are, după cum se ştie, efecte majore asupra delimitării obiectului de studiu. Lărgirea cadrului autismului, din perspectiva *DSM-III* şi a ediţiilor sale revizuite, determină pierderea din vedere a specificităţii patologiei, până la cuprinderea, sub această denumire, a totalităţii psihozelor survenite în copilăria timpurie.

În "Clasificarea franceză a tulburărilor mintale ale copilului şi adolescentului" (CFTMCA) apare, de asemenea, riscul unei lărgiri excesive a cadrului dizarmoniilor psihotice, de unde importanţa lucrărilor recente asupra patologiilor-limită (R. Misès, N. Quemada, 1993). Acestea din urmă aduc argumente în sprijinul instituirii unor graniţe mai precise, pentru susţinerea unei concepţii restrictive a categoriei psihozelor; studiul comparativ de faţă este menit să demonstreze faptul că patologiile-limită, chiar şi cele mai severe, prezintă un prognostic de ansamblu mai bun decât psihozele.

La modul general, în majoritatea cazurilor, este indispensabilă recurgerea la clasificări multiaxiale care permit luarea în considerare a diverșilor parametri clinici; de exemplu, în CFTMCA, pe lângă cotarea categoriei principale, pot fi reținute categoriile complementare pentru aducerea unor precizări legate de elemente importante, ca de exemplu: nivelul și natura unui eventual deficit intelectual, forma tulburărilor instrumentale, prezența tulburărilor de expresie somatică.

Această încadrare permite, de asemenea, demarcarea unor sinteze etiologico-clinice stabilite a priori, prin separarea demersului vizând desprinderea categoriei clinice de alte demersuri care se bazează pe inventarul factorilor anteriori sau asociați, eventual etiologici.

Divergențele teoretice care influențează o alegere în domeniul nosografiei se exprimă, în mod concret, prin câteva puncte esențiale sau se manifestă separat între două curente:

- unul dintre acestea, bazat pe criteriile nosografice ale unui "autism lărgit", situează determinarea tulburărilor la un nivel neurobiologic;
- celălalt menține distanța între autism și unele psihoze ale copilăriei care sunt concepute ca organizări de origine multifactorială, susceptibile de a fi accesibile unor mutații sub efectul acțiunilor curative, în majoritatea cazurilor, prin abordări multidimensionale.

În legătură cu problematica centrală a acestui studiu, criteriile de evaluare se dovedesc a fi foarte diferite, în cele două câmpuri vizate:

1) în primul, mijloacele luate în considerare, în esență programul TEACCH, vizează dezvoltarea unor capacități prezente la copil, fără a se aștepta însă modificări de fond; în consecință, nu există semne de întrebare legate de eventuale mutații structurale, de schimbări de loc în cadrul nosografiei sau de o deschidere către o reinserție socială lărgită.

Un raport relativ recent (noiembrie 1994) al Agenției Naționale pentru Dezvoltarea Evaluării Medicale din Franța este interesant în privința informațiilor pe care le oferă despre programul TEACCH. Se constată faptul că evaluările astfel realizate sunt bazate pe următoarele criterii: procentele de instituționalizare a persoanelor autiste din Carolina de Nord, unii indicatori ai succesului (obținerea unor distincții

onorifice, crearea unor servicii similare, acordarea asistenţei din partea guvernului), gradul de implicare a părinţilor, satisfacţia acestora, satisfacţia terapeuţilor, evoluţia, apreciată esen-ţialmente în termeni de instituţionalizare.

Rezultatele demonstrează creşterea numărului comportamentelor adecvate, ameliorarea implicării parentale, aprecierea mai curând pozitivă a părinţilor (cota 3 pe o scară de la 1 la 5); procentul de instituţionalizare rămâne acelaşi, la vârste diferite; există însă puţine cazuri studiate pe termen lung în cadrul raportului menţionat mai sus.

2) În cel de al doilea, al abordărilor multidimensionale incluzând o perspectivă psihodinamică, se pun, din contră, întrebări, în mod special asupra mutaţiilor de toate tipurile care pot determina, pe termen lung, acţiuni coordonate, bazate pe metode educative, pedagogice şi reeducative. Atenţia acordată aspectelor psihopatologice caută să răspundă unor întrebări esenţiale care se pun la diferite niveluri, în derularea unei terapii al cărei scop nu exclude în nici un caz luarea în considerare, teoretică şi practică, a incapacităţilor, a limitelor, a dezavantajelor pe care subiectul le poate avea şi nici componentele în cauză din mediul familial şi social.

Aceste teorii conduc actualmente la prefigurarea autismului şi a psihozelor infantile, prin trecerea în revistă în acelaşi timp a clasificării bolilor, sindroamelor şi a clasificării handicapurilor, în planul cercetărilor longitudinale; acest fapt determină luarea în considerare a interacţiunilor care se stabilesc, pe de o parte, între modificările reperabile de tip psihopatologic şi, pe de altă parte, progresele înregistrate în domeniul autonomiei şi al învăţării - cele două componente fiind menite să se susţină reciproc.

Reperele care sunt puse în valoare în cercetări sunt destul de uşor de sesizat când este vorba de urmărirea fluctuaţiilor în registrul simptomelor şi deficienţelor; dificultăţile sunt mai mari în cazul evaluării modificărilor de ordin psihopatologic. În acest sens, ar fi necesară dezvoltarea colaborării între membrii echipelor de intervenţie şi epidemiologi, astfel încât preocuparea pentru o metodologie adecvată a acestora din urmă să nu constituie un obstacol în calea criteriilor considerate fundamentale de către clinicieni. Experienţa demonstrează faptul că este posibilă susţinerea unor abordări de acest tip, care

garantează valoarea științifică a cercetării; dar trebuie, de asemenea, să admitem că acest lucru implică, din partea epidemiologilor, o mai bună recunoaștere a specificității faptului psihopatologic. Prea adesea, acești parametri sunt neglijați. De exemplu, un studiu recent al lui E. Frombonne (1994), cu date extrem de elaborate din punct de vedere statistic, nu ține cont de noțiunea de transformare structurală, neglijând potențialitățile evolutive ale autismului și ale psihozelor, care sunt totuși reperabile în cercetare, în măsura debarasării de o concepție fixistă.

Contrar afirmațiilor lui E. Frombonne, ar fi însă foarte greu de trecut peste aportul monografiilor și al studiilor efectuate cu grupuri mici. Datorită datelor furnizate, ele permit elaborarea unor ipoteze de lucru care susțin ulterior cercetările conduse în manieră riguroasă. Mai mult, ele oferă direct rezultate concordante care se potrivesc cu cele ale cercetărilor sistematice, ca de exemplu: gradul de severitate al autismului și al psihozelor deficitare, relativ la alte forme de psihoză; importanța contextului familial, stabilirea unor relații deschise cu părinții; precocitatea diagnosticului și calitatea mijloacelor folosite.

Dintre studiile longitudinale asupra devenirii în adolescență a copiilor aflați în îngrijire în instituțiile psihiatrice, menționăm studiul lui B. Bettelheim (1972), precum și studiul lui R. Misès și R. Perron (1993).

Acesta din urmă a fost realizat într-un centru specializat (Fondation "Vallée") asupra a două grupuri de câte 45 de copii, unul constituit din autiști și psihotici, celălalt din copii cu "patologii ale personalității în afara nevrozelor și psihozelor". Introducerea acestui ultim grup într-o cercetare comparativă reduce riscul clasării în cadrul dizarmoniilor psihotice a unor tulburări care sunt în mod sigur grave, fără însă să fie confundate cu psihozele.

În scopul garantării unei omogenități în condițiile de observație date, au fost reținuți copiii mai mari de 12 ani, fără a fi introdusă vreo altă discriminare. Acest lucru a determinat constituirea a două grupe comparabile ca vârstă și sex (27 băieți, 18 fete în grupul autiștilor și psihoticilor și 28 băieți, 17 fete în grupul celor cu patologii ale personalității). Severitatea specifică a patologiilor observate a fost scoasă în evidență prin trecerea în revistă a mai multor parametri: diagnosticul la momentul inițial, mediul familial, vârstele medii de depistare și de admitere în instituție, durata programului instituțional.

1) Diagnosticul la momentul inițial

Extrem de interesantă s-a dovedit a fi realizarea unor comparații între procentele de repartiție a sub-categoriilor în grupul studiat cu cele consemnate în cadrul unei anchete naționale, efectuate în Franța de către N. Quemada în 1990, asupra unui eșantion ce cuprindea 8405 subiecți încadrați în categoria autiștilor și psihoticilor. În raport cu ancheta națională, se constată o sub-reprezentare a dizarmoniilor psihotice, care constituie forme al căror prognostic este mai favorabil, o supra-reprezentare a psihozelor deficitare și faptul că în acest subgrup, 80% apar a fi netestabili sau cu un coeficient de inteligență sub 50. De altfel, din grupul studiat, doar 7 copii au un Q.I. mai mare de 70. De asemenea, este de remarcat faptul că prezența factorilor organici nu este suficientă pentru explicarea componentei deficitare, fiind vizați 39% dintre copii, procentajul factorilor organici apărând mai puțin ridicat decât în grupul cu patologii ale personalității (51%).

2) Mediul familial

Printre patologiile mintale (59%) observate la părinții subiecților, tulburările cotate ca grave sunt psihozele sau alte perturbări datorate spitalizărilor repetate. Tulburările mintale mai puțin grave (31%) vizează în special depresiile și patologiile-limită. În paralel, apar tulburările psihice din timpul sarcinii și ale primelor luni de viață ale copiilor (64%), destrămări ale cuplurilor (48%) și disfuncții majore (31%). Se consemnează și frecvența morții unuia dintre părinți de la nașterea copilului (19%).

Tulburările mintale și/sau perturbările psihologice astfel constatate în familiile grupului studiat sunt de trei ori mai numeroase decât în populația anchetei naționale; este dovada faptului că factorii acestei serii au avut influență asupra copiilor din eșantion, dar în acest context, părinții au fost absenți sau greu de abordat, iar în marea majoritate a cazurilor, nu au jucat un rol pozitiv și nu au colaborat cu echipa de specialiști.

3)Vârstele medii de depistare și ale primei intrări în instituție

În ansamblu, depistarea a fost tardivă, cifrele medii (8, 9, 17, 20 luni) sunt destul de elocvente, dar nu explică evantaiul larg în care se situează prima consultație care a dus la stabilirea diagnosticului; pentru mulți dintre copii,

dimensiunea psihotică a fost mult timp necunoscută, sub acoperirea unui diagnostic de retard şi deficienţă intelectuală sau instrumentală. Deseori, încercări pur educative sau de reeducare au fost efectuate izolat, înainte ca gravitatea şi complexitatea proceselor să fie recunoscute.

Reticenţa familiilor şi, uneori, cea a echipelor care s-au ocupat anterior de copii, produce întârzieri suplimentare, foarte nete în cazul autismului şi al psihozelor deficitare. Aceste elemente produc prejudicii în măsura în care caracterul precoce al acţiunilor întreprinse constituie un factor important pentru prognostic. Este esenţială o intervenţie rapidă, timpurie, înainte de instaurarea unor limitări şi distorsiuni, care sunt dificil de abordat mai târziu.

4)Durata instituţionalizării este în medie de 7-9 luni

Gravitatea formelor, depistarea lor tardivă, precaritatea modalităţilor de cooperare cu mediul au împiedicat recurgerea la tratamente ambulatorii şi, pentru unii copii, chiar la spitalizarea de zi. În consecinţă, pentru 32 de copii din cei 45, s-a recurs la o instituţie cu program complet.

O parte importantă a rezultatelor obţinute demonstrează efectele intervenţiei instituţionale, văzute în ansamblu, dar este interesantă şi consemnarea locului ocupat de intervenţiile individualizate: psihoterapii efectuate în forme variabile şi în momentul considerat cel mai oportun (80% din cazuri), reeducări sistematizate vizând tulburările limbajului (26% din cazuri) şi ale psihomotricităţii (21% din cazuri).

Unele evoluţii se concretizează sub forma unei patologii persistente în adolescenţă, având însă o gravitate minimă. Astfel, 3 cazuri de autism din 6 devin patologii ale personalităţii, 12 psihoze deficitare din 24 devin deficienţe dizarmonice, progresând în planul eficienţei. Dintre cele 11 dizarmonii psihotice, 8 devin patologii-limită, 2 ajung la un mod de organizare de tip nevrotic, doar un caz rămânând în cadrul iniţial (R. Mises, R. Perron).

5) Evoluţia în adolescenţă

a) <u>Evoluţia diagnosticului</u>

În ansamblu, doar din punct de vedere diagnostic 26 de copii din 45 (58%) depăşesc în adolescenţă cadrul autismului şi al psihozelor, iar pentru subiecţii care se menţin în cadrul iniţial, se observă deseori transformări importante.

Comparativ, în grupul patologiilor personalității, 28 din 45 copii au prezentat evoluții pozitive și mai diversificate decât cele ale autiștilor și ale psihoticilor, 17 dintre ei, ajunși la adolescență, menținându-se în același cadru nosografic, chiar dacă majoritatea au evoluat în sens pozitiv.

b) Limbajul oral

Evoluția în acest domeniu contrazice, în mod global, opinia, prea des afirmată, a unei absențe ireversibile a limbajului, când aceasta se observă la subiecții autiști și psihotici care au depășit vârsta de 5 ani. În realitate, doar la 12% dintre subiecți limbajul nu a apărut și 14% nu au reușit dobândirea unei construcții sintactice. Cu toate acestea, achizițiile apar deseori modeste: aproximativ jumătate dintre subiecți nu dispun de un stoc semantic suficient de elaborat, vocabularul lor este sărac și aflat la un nivel concret, diferența fiind marcată față de grupul patologiilor personalității.

În ciuda unor elemente persistente care confirmă fragilitatea cunoscută a registrului lingvistic și disfuncțiile în domeniul simbolic în cadrul autismului și al psihozelor copilului, se poate reține faptul că jumătate din adolescenți pot să se bazeze pe o sintaxă corectă, acest lucru fiind important pentru progresele realizate în domeniul autonomiei și reintegrării sociale.

c) Învățarea școlară

Este extrem de dificilă codificarea achizițiilor în domeniul învățării și stabilirea unei ierarhii între acestea, deoarece variațiile individuale sunt considerabile, de la un subiect la altul și în plus, progresul se manifestă în funcție de modalități profund dizarmonice. Cu toate acestea, unele date legate de învățarea lecturii permit o prezentare sintetică.

În momentul intrării în instituție, 86% din copii nu erau nici școlarizați, nici școlarizabili; doar 11% erau capabili de o citire curentă sau cvasi-curentă și 3%, de o lectură ezitantă.

În momentul bilanțului efectuat la termenul școlarizării, pot fi distinse trei sub-grupe:

- pentru 27% din adolescenți, lectura este curentă sau aproape curentă, deși uneori sensul textului poate să nu fie stăpânit pe deplin;
- pentru 21% dintre adolescenți, lectura este de asemenea achiziționată, dar este ezitantă și lentă;

- pentru restul grupului (52%), mai mult de jumătate reuşesc sinteza silabelor şi descifrarea cuvintelor simple izolate; deşi sunt modeste, aceste achiziţii sunt foarte utile pentru adaptarea socială.

Rezultatele cotate ca insuficiente sunt, cel mai adesea, corelate cu tulburări persistente ale limbajului oral şi cu o atingere durabilă a funcţiilor cognitive, deficitul intelectual determină prin el însuşi o limitare a învăţării.

d) <u>Eficienţa intelectuală evaluată prin intermediul testelor</u> Eficienţa intelectuală a fost evaluată periodic prin intermediul a două tipuri de probe: WISC-R şi Scalele de Eficienţă Intelectuală, folosite de preferinţă la niveluri foarte joase. Aceste examinări sunt deseori foarte dificile, datorită tulburărilor grave de care aceşti copii sunt afectaţi, fiind vehiculată deseori ideea netestabilităţii lor. Chiar dacă examinarea pare posibilă, dificultăţile de adaptare la situaţia testului sunt destul de mari, încât rezultatele nu ar putea fi apreciate în termeni de capacităţi sau incapacităţi cognitive. Tulburările procesului de gândire, în special simbolizarea, sunt în general scoase în evidenţă printr-o analiză care depăşeşte simpla determinare a unei vârste mintale sau a unui coeficient de inteligenţă. Fiecare caz ridică o problemă particulară în care structura şi evoluţia funcţiilor cognitive trebuie să fie analizată în cadrul dinamicii proprii a subiectului; se poate afirma că, dacă 12 din cei 45 copii autişti sau psihotici (26%) au rămas netestabili pe toată durata instituţionalizării, ceilalţi şi-au ameliorat funcţionarea intelectuală, cum este cazul a 6 copii care au fost la început netestabili, evoluând apoi până la un coeficient de inteligenţă mediu de 50. Distanţa este deci mare faţă de teoria deteriorării progresive, chiar dacă restrângerea eficienţei reprezintă încă un risc major, în special pentru subiecţii care au fost supuşi de la început exigenţelor cerute de dezvoltarea funcţiilor cognitive. În acest sens, se pot distinge trei subgrupuri:

1) subgrupul A (38%), format din subiecţi care au progresat vizibil, cu o creştere a coeficientului de inteligenţă, în medie, de la test la retest: vârsta mintală creşte de la 7 ani la 11 ani şi 2 luni, pentru o creştere a vârstei cronologice de la 10 ani şi 5 luni, la 14 ani şi 2 luni;

2) subgrupul B (38%), în care coeficientul de inteligenţă rămâne stabil, ceea ce corespunde totuşi unei creşteri considerabile a

capacităţilor cognitive: în medie, vârsta mintală creşte de la 4 ani şi 8 luni, la 6 ani şi 11 luni, în timp ce vârsta cronologică creşte de la 9 ani la 13 ani şi 9 luni;

3) sub-grupul C (24%), în care progresele sunt foarte modeste, vârsta mintală crescând de la 5 ani şi 4 luni, la 6 ani şi 6 luni, în timp ce vârsta cronologică creşte de la 9 ani la 13 ani şi 4 luni.

Comparativ, rezultatele corespunzătoare în cazul tulburărilor grave ale personalităţii demonstrează o ameliorare netă, din moment ce 60% dintre copii tind să ajungă la valorile normale, în timp ce în celelalte subgrupuri, progresele, deşi mai limitate, sunt totuşi apreciabile.

e) Autonomia

În aria cercetărilor efectuate asupra diferitelor deficienţe, în patologia mintală a copilului şi adolescentului, au fost reţinute trei niveluri:

- capacitatea de a se comporta normal, în conformitate cu vârsta, la desfăşurarea unor activităţi uzuale (îmbrăcare, toaletă, masă);
- incapacitatea moderată, permiţând o participare la aceste activităţi cu un sprijin ocazional sau parţial al anturajului;
- incapacitatea completă, impunând recurgerea la asistenţă permanentă.

Pentru grupurile luate în studiu s-au înregistrat progrese remarcabile faţă de momentul intrării subiecţilor în instituţie, în sensul unei creşteri semnificative a autonomiei în cele trei sectoare ale activităţii considerate (îmbrăcare, toaletă, masă).

Progrese demne de remarcat au fost realizate şi în îndeplinirea unor roluri sociale: 56% dintre adolescenţi sunt capabili să iasă singuri; 48% utilizează fără ajutor un mijloc de transport în comun şi 50% frecventează singuri magazinele, fac cumpărături, manevrând banii în mod corespunzător.

Toate aceste aspecte pozitive susţin tentativele de reinserţie socială, ameliorând considerabil calitatea vieţii atât pentru subiectul însuşi, cât şi pentru anturajul său. În plus, în cadrul abordării curative folosite, capacităţile achiziţionate nu sunt legate de condiţionări care le-ar reduce utilizarea în condiţii predeterminate, ci, din contră, acestea pot fi transpuse în configuraţii sociale diverse.

Urmărindu-se situaţia grupurilor la sfârşitul adolescenţei, se poate face o trecere în revistă în funcţie de patologia prezentată: în cazul celor şase autişti, trei au înregistrat progrese evidente, cu reducerea izolării, utilizarea unui limbaj cu valoare comunicativă, ameliorarea accesului la relaţii adaptate cu persoanele din anturaj. Cu toate acestea, persistă elemente de bizarerie, susţinute de recurgerea la strategiile autistice reziduale; doi subiecţi au reuşit să ajungă la ciclul secundar. Pentru aceştia trei inserţia profesională în mediu protejat nu ridică dificultăţi majore, iar din punct de vedere nosografic, ei sunt incluşi în cadrul "patologiilor personalităţii". Ceilalţi trei, cu o patologie foarte gravă, sunt plasaţi într-un centru specializat; unul a reuşit să depăşească problema izolării, fără a achiziţiona însă limbajul verbal, caută să comunice non-verbal, este interesat de unele activităţi; ceilalţi doi sunt fixaţi la nivelul unei patologii grave post-autistice, cu dominantă deficitară.

În cazul psihozelor deficitare, la intrarea în instituţie, copiii prezentau o reducere masivă a autonomiei, cu absenţa limbajului, necesitând asistenţă în toate domeniile. La terminarea programului instituţional, cu excepţia a doi dintre subiecţi, toţi au dobândit un limbaj cu valoare comunicaţională, chiar dacă vocabularul rămâne sărac, concret şi sintaxa este uneori rudimentară; 16 subiecţi sunt pe deplin autonomi pentru activităţile uzuale. La o analiză mai amănunţită, se constată că 13 ajung să lucreze în mediu protejat, în această categorie situându-se subiecţii incluşi în clasa deficienţelor dizarmonice, care au înregistrat un progres în planul eficienţei (pentru cinci dintre ei, iniţial netestabili, coeficientul de inteligenţă este între 54 şi 62); dimensiunea dizarmonică se exprimă prin imaturitate, dependenţă. Doi adolescenţi sunt fixaţi într-o patologie majoră de tipul deficitului post-psihotic. În poziţie intermediară, la 9 adolescenţi perturbările cele mai spectaculoase s-au atenuat, dar persistă trăsături discordante şi defecte episodice de control; aceştia reuşesc efectuarea unor activităţi ocupaţionale în cadru protejat.

În cazul dizarmoniilor psihotice, doi subiecţi se află într-un proces evolutiv care impune continuarea tratamentului în mediu psihiatric pentru adulţi tineri. Nouă dintre ei, eliberaţi din cadrul psihozelor, au

evoluat în două modalităţi: doi au început, de timpuriu, un proces de reintegrare cu dominanţă nevrotică şi cu prognostic foarte bun, reinseraţi fiind iniţial în clasă normală, iar apoi trecând la o activitate profesională în mediu normal; şapte prezintă indici de nevrozare, părând însă situaţi la nivelul stărilor limită, în ciuda capacităţilor adaptative prezente şi a reducerii simptomelor mai îngrijorătoare; în cadrul acestui subgrup, patru adolescenţi s-au încadrat în regim de lucru normal.

Dintre cei patru schizofreni, unul este stabilizat într-un tablou clinic de tip stare limită, ceilalţi trei ridică probleme apropiate de cele ale schizofreniei adultului tânăr, fiind urmăriţi de echipe psihiatrice.

În cursul acestei cercetări, atenţia a fost centrată asupra unor aspecte de ordin psihopatologic pentru grupurile luate în studiu. Dacă anumite potenţialităţi se exprimă progresiv, dacă altele sunt puse direct în slujba mişcării de reintegrare, unele rămân neexploatate în viitorul imediat: ele sunt, întrucâtva, lăsate în latenţă, putând fi experimentate ulterior, în momentul în care condiţiile o vor permite.

În pofida gravităţii extreme a formelor incluse în studiu şi a debutului tardiv al acţiunilor multidimensionale, 58% dintre subiecţi reuşesc să îndeplinească o activitate profesională. Se poate spera, pentru unii adolescenţi, că această inserţie în mediu protejat constituie doar o treaptă pe calea reintegrării sociale la un nivel mai ridicat.

De asemenea, pentru cei 11% cuprinşi încă într-un proces evolutiv, justificând aplicarea măsurilor cu dominantă terapeutică, perspectiva rămâne deschisă spre o ameliorare, care ar permite o inserţie ulterioară.

Faptele expuse, demonstrând diversitatea devenirii în adolescenţă, scot în evidenţă şi mutaţiile pozitive, observate în majoritatea cazurilor în cursul evoluţiei autismului şi psihozelor infantile, sub influenţa acţiunilor multidimensionale de diferite orientări.

6. METODE EVALUATIVE FOLOSITE ÎN AUTISM

6.1. Evaluarea în autism – o necesitate

Examenul psihologic al copilului autist constituie un demers ale cărui aspecte practice, tehnice şi clinice au un statut specific. Astfel, evaluarea capacităţilor cognitive şi sociale, precum şi evaluarea comportamentului sunt indispensabile pentru precizarea diagnosticului şi pentru prefigurarea indicaţiilor terapeutice.

Tulburările de comportament ale copilului autist fac uneori extrem de dificilă utilizarea metodelor de examinare standardizată. Se pare însă că această problemă priveşte mai puţin copilul şi patologia sa, cât mai degrabă investigaţia clinică şi instrumentele de evaluare utilizate. Evaluarea trebuie să ţină seama de antecedentele copilului, examinatorul practicând cel mai adesea o metodologie multiplă de cercetare a cazului.

În domeniul tulburărilor de comportament şi de dezvoltare, demersul complementar de evaluare clinică (constituit în sisteme) a fost resimţit în mod progresiv ca o necesitate. Aceste sisteme nu se substituie examenului clinic, ci îl susţin. Ele permit transcrierea în câteva cuvinte a observaţiei cotidiene şi facilitează astfel dialogul între diferitele persoane implicate. Diversele sisteme puse la punct permit măsurarea comportamentelor şi a funcţiilor, aşa cum alte evaluări clinice implică o cuantificare a datelor observaţiei medicale ca pulsul, temperatura şi tensiunea arterială.

Sistemele evaluării clinice (scale, chestionare) au ca punct de plecare listele simptomelor comportamentale, cărora le sunt aplicate elemente de măsură, permiţând aprecierea diverselor grade de intensitate sau de frecvenţă. Aceste sisteme sunt descriptive: ele nu fac trimitere, a priori, la o cauză sau la un mecanism patologic subiacent. Ele sunt înainte de toate destinate supravegherii efectelor terapeutice.

Primul nivel de observaţie: evaluarea comportamentelor

Plecând de la această evaluare, va fi posibilă

1. definirea sectoarelor comportamentale, în care manifestările sunt în mod special inadaptate şi
2. urmărirea evoluţiei notelor comportamentale în cursul terapiei.

Al doilea nivel al observaţiei: evaluarea funcţională Această metodă provine din concepţia neurofiziologică asupra autismului. Evaluarea comportamentelor, a dezvoltării şi a funcţionalităţii copiilor autişti cu ajutorul scalelor şi al testelor adecvate este indispensabilă pentru precizarea diagnosticului, pentru determinarea severităţii tulburărilor şi elaborarea proiectului terapeutic individualizat.

Recent, diversele clasificări ale tulburărilor de dezvoltare, studiile clinice şi lucrările de neurofiziologie, care studiază, plecând de la reacţiile electrofiziologice ale creierului la stimulările senzoriale, sistemele ce reglează adaptarea individului la mediu, au arătat un deosebit interes pentru explorarea electivă a funcţiilor neurofiziologice implicate în autism. Analiza detaliată a datelor semiologice rezultate din aceste cercetări a incitat diverşi autori să optimizeze metoda de observaţie a tulburărilor prezentate de copiii autişti.

6.2. Evaluarea dezvoltării mintale şi globale la copiii autişti

În ceea ce priveşte evaluarea psihologică a tulburărilor mintale în cadrul autismului, ea presupune, la rândul ei, posibilitatea unor abordări diferite, dintre care le amintim pe cea psihometrică şi pe cea clinico-experimentală, ca fiind cele mai importante.

Examinarea unui copil autist necesită respectarea unor reguli elementare. Înainte de a propune probele din cadrul testelor, este de dorit realizarea familiarizării copilului cu locul şi cu examinatorul. Chiar şi în aceste condiţii, copilul poate să manifeste îngrijorare şi instabilitate în timpul şedinţei. De aceea, clinicianul trebuie să dea dovadă de multă răbdare, ingeniozitate şi perseverenţă pentru a-i permite copilului să se destindă, să nu alunece în stereotipii şi pentru a-i facilita motivaţia. De

asemenea, sala în care se desfăşoară examinarea trebuie să fie silenţioasă, cu decoraţii discrete şi bine luminată. Activităţile sunt propuse ţinând cont de interesul şi atenţia copilului.

Dacă interpretarea rezultatelor se bazează pe ansamblul reuşitelor la diverse probe, un succes neaşteptat la unul din itemii testului nu trebuie ignorat de către clinician. Acesta poate fi dovada unei funcţionări cognitive speciale şi determinându-l pe psiholog să emită ipoteze legate de unele "potenţialităţi" ale copilului.

6.2.1. Abordarea psiltometrică

Testele psihometrice furnizează date cantitative legate de funcţiile psihice, în ceea ce priveşte inteligenţa, exprimate în coeficientul de inteligenţă Q.I. Dar valoarea acestuia, luată ca atare, are o utilizare limitată. De fapt, pentru posibilitatea elaborării unui proiect educativ şi terapeutic adecvat, datele calitative obţinute la diferite subteste constituie o bază extrem de utilă.

6.2.2. Abordarea clinico-experimentală

Metoda clinică, invocată printre alţii de J. Piaget, permite, cu ajutorul diverselor sarcini cognitive şi sociale, punerea în evidenţă a diferitelor strategii de rezolvare a problemelor, a modurilor şi mijloacelor de comunicare utilizate de copil.

Obiectivul principal este notarea nivelului optimal de reuşită şi a modului în care copilul rezolvă singur problema itemului, adică "nivelul dezvoltării actuale". Totuşi, dacă subiectul nu reuşeşte să găsească singur soluţia problemei, o altă procedură de evaluare constă în a-l ajuta, a-l asista, arătându-i comportamentele care permit înţelegerea sarcinii. Dacă, după acest demers, copilul reuşeşte, nivelul corespunzător de înţelegere este numit "nivel de dezvoltare potenţial". Distanţa dintre cele două niveluri corespunde "zonei proximei dezvoltări" sau "potenţialului de învăţare"; este vorba de un spaţiu individual de progres, în care sunt aşteptate o serie de achiziţii din partea copilului.

Tehnicile de evaluare psihologică presupun punerea în lumină a elementelor care caracterizează comportamentul, dezvoltarea şi funcţionarea copilului autist şi vizează realizarea unui portret individual al acestuia.

6.2.3. ***Evaluarea dezvoltării psihice***, cuprinzând atât dezvoltarea psihomotorie cât şi cea cognitivă, se realizează prin intermediul unor teste clasice de evaluare a dezvoltării globale, care pot fi utilizate, în unele cazuri şi pentru copii autişti: Scala Brunet-Lezine, Scala de aptitudini McCarthy, Scala de dezvoltare cognitivă Chevrie-Muller, Scalele de dezvoltare Griffiths, la care se adaugă scale având o specificitate mai mare pentru domeniul autismului.

Aceste din urmă evaluări specifice sunt efectuate cu ajutorul testelor sau scalelor care ţin seama de particularităţile tulburărilor din autism şi explorează anumite sectoare ale dezvoltării psihice, alterate cu precădere la copilul autist.

1) *Cogniţia senzorio-motrică*

Scala lui Uzgiris-Hunt *(IPDS: Infant Psychological Development Scale)* este o probă de tip piagetian având ca punct de plecare descrierea conduitelor copilului autist în vârstă de 0 până la 24 de luni. Este compusă din itemi ierarhizaţi pe o scală de vârstă şi de stadii, grupaţi în 6 rubrici, fiecare dintre acestea corespunzând unei activităţi cognitive specifice: permanenţa obiectului; relaţii spaţiale; mijloace-scopuri; imitaţie; cauzalitate operaţională; scheme. Nivelul dezvoltării atins de copil este exprimat sub formă de vârstă ADA *(Âge de développement approximatif)* sau sub formă de stadii de inteligenţă senzorio-motrică (I—IV), în funcţie de metoda clinică aleasă de examinator.

2) *Comunicarea*

Scala de dezvoltare a comunicării Seibert-Hogan sau *ESCS (Early Social Communication Scale)*, construită de asemenea după modelul piagetian, acoperă perioada 0-30 de luni, explorând dezvoltarea comunicării copilului prin analizarea a trei tipuri de activităţi: interacţiune socială, atenţia concomitentă, ajustarea comportamentului. Fiecare dintre aceste activităţi este studiată prin trei manifestări sau moduri (răspuns, angajare, menţinere), pentru primele două, şi prin două (răspuns, angajare) pentru a treia. Activităţile sunt caracterizate prin itemi ierarhizaţi pe 5 niveluri, discriminate şi ordonate semnificativ. Aceste niveluri corespund stadiilor piagetiene:

- nivelul 0 = stadiul I (0-2 luni)
- nivelul 1 = stadiile II şi III (2-7 luni)
- nivelul 2 = stadiul IV (9-12 luni)

• nivelul 3 = stadiul V (12-18 luni)
• nivelul 4 = stadiul VI (20-30 luni)

3) *Cogniția și limbajul*

Pentru completarea evaluării dezvoltării verbale furnizate de scalele de dezvoltare globală, este uneori necesară folosirea unor instrumente cu specificitate crescută. Testele de vocabular în imagini Lege și Dagne, Deltour și Hupkens și ale lui Boehm investighează cu ajutorul unui set de imagini sau desene cunoștințele lexicale și capacitățile de expresie și comprehensiune verbală ale copilului.

Evaluarea noțiunii de număr, a capacităților de organizare spațială și temporală, a dezvoltării sociale și a motricitatii se realizează cu ajutorul unor instrumente clinice adecvate elaborate de G. Lelord și D. Sauvage.

6.2.4. Studiul dezvoltării funcțiilor cognitivo-sociale

Studiul prevede o baterie de teste constituite din 16 rubrici, corespunzând cogniției senzorio-motrice (7 subteste) și cogniției socio-emoționale (9 subteste).

Fiecare subtest este compus din itemi ierarhizați în stadii de dezvoltare cognitivă, conform teoriei piagetiene, iar principalele funcții studiate vizează elementele cheie de evaluare.

- *Cogniție:* probele sunt extrase din Scala *IPDS* și din Testul lui Lowe și *Costello-Symbolic Play Test,* care explorează dezvoltarea capacităților de utilizare funcțională și simbolică a obiectelor între 1-3 ani.
- *Prelimbaj:* itemii sunt împrumutați din testele de dezvoltare tradiționale (Brunet-Lézine, Griffiths) și din probele clinice axate pe modelul piagetian (Mahoney).
- *Comunicare:* evaluarea se realizează cu ajutorul unor itemi selecționați din Scala de comunicare Seibert-Hogan.
- *Relație:* probele din domeniul relației afective sunt cele ale Scalei Gonin-Decarie și ale Scalei calității atașamentului (Ainsworth).
- *Emoție:* probele sunt extrase din scalele de dezvoltare socio-emoțională Lewis și Michalson.

Cotarea permite obţinerea unui scor mediu în cele două sectoare ale dezvoltării psihice: cogniţie practică, cogniţie socio-emoţională şi un scor pentru fiecare din funcţiile şi domeniile evaluate. Profilul cognitivo-social al copilului este determinat prin relaţionarea diferitelor niveluri de reuşită.

6.2.5. Studiul funcţionării cognitive

Într-una din lucrările sale, Adrien (1988) examinează procedurile de funcţionare ale schemelor mintale ale copiilor autişti: secvenţele de acţiune sunt frecvent incomplete şi atipice, apar şi se succed într-o manieră incoerentă şi variabilă - ele par să ateste o tulburare a disponibilităţii schemei, prezentă, dar slab funcţională. Observaţiile comportamentale au fost confruntate cu studiile electro-fiziologice legate de potenţialele corticale evocate: instabilitatea şi varietatea răspunsurilor comportamentale şi corticale sunt dovada existenţei unei tulburări bazale a reglării activităţii autistului.

Pentru a adânci problema descrierii acestui fenomen neuro-cognitiv a fost pusă la punct o scală de evaluare compusă din 15 itemi. Cinci tipuri de anomalii au fost observate în cei trei timpi ai activităţii copilului - debut, derulare, final. Ele sunt: lentoarea, ruptura, variabilitatea, perseverarea şi desincronizarea. Fiecare item constituit prin asocierea fiecărei anomalii cu cei trei timpi ai activităţii este cotat de la 0 la 4, în funcţie de intensitatea comportamentului. Această evaluare permite obţinerea unui scor global, pentru ansamblul scalei, şi a unor scoruri parţiale pentru cele cinci rubrici. Datele obţinute, adăugate la evaluările comportamentului şi dezvoltării, permit aprecierea mobilităţii, disponibilităţii şi stabilităţii activităţilor cognitive ale copilului.

Prezentăm mai jos scala de reglare a activităţii.

Scala de reglare a activităţii copilului

1. Rămâne blocat şi mirat în faţa unor probleme uşor de rezolvat.
2. Este influenţat de mediul anterior în elaborarea schemelor prezente.
3. Răspunde lent solicitărilor.
4. Este variabil în ceea ce priveşte aplicarea schemelor prezente.
5. Utilizează conduite sau moduri de a gândi elementare.

6. Își întrerupe brusc demersul acțiunii sau al gândului în cursul executării unei sarcini.
7. Persevereză pe o schemă de acțiune sau mintală în cursul executării unei sarcini.
8. Este lent în căutarea soluției.
9. Oscilează între conduite de niveluri cognitive diferite.
10. Disociază modalitățile de acțiune și de gândire.
11. Abandonează activitatea începută în ciuda capacităților prezente.
12. Își modifică dificil schemele pentru încheierea activității.
13. Nu reușește să termine executarea sarcinii (sau aceasta îi ia mult timp).
14. Nu-și menține constante schemele permițând rezolvarea problemei.
15. Rezolvă problema în manieră elementară, focalizându-se asupra unei părți a sarcinii.

6.3. Scale de evaluare utilizate în autismul infantil

Așa cum s-a putut observa din cele de mai sus, scalele de evaluare sunt destinate înregistrării comportamentului unui subiect aflat într-o situație concretă, reală, în manieră obiectivă, precisă. Comparativ cu testele, ele nu necesită participarea subiectului examinat, ci intervenția unui observator competent și experimentat, care poate, de altfel, utiliza o terță persoană.

Scalele de evaluare permit măsurarea intensității unor comportamente sau simptome la un anumit moment. Nu este vorba de simple chestionare, ci de procedee destinate înregistrării și cuantificării informației clinice obținute despre un subiect, constituite pe baza unor simptome obiective. Simptomul înregistrat pe o scală poate fi definit ca: "orice fenomen anormal în comportamentul, atitudinea sau ideile subiectului". Acest fenomen observabil poate fi cuantificat de la "0 la un maximum" sau de la "absent la foarte important".

Aceste instrumente se prezintă sub formă de chestionare, liste de simptome care trebuie scoase în evidență *(check-list)*, inventare, scale de

apreciere sau de evaluare. Ele trebuie diferenţiate de testele psihologice de eficienţă sau de personalitate care presupun existenţa unui material şi a unor probe standardizate şi de scalele de diagnostic destinate includerii unui subiect într-o categorie nosologică.

Se disting trei tipuri de scale de evaluare:

1) *Scalele de autoevaluare,* care sunt administrate subiectului însuşi, sub forma unui chestionar care urmează a fi completat sau a unor fişe de clasat. Este astfel evitată intervenţia unui intermediar. Folosirea acestora este limitată la subiecţii cooperanţi, care înţeleg termenii utilizaţi. La copii, aceste scale pot fi folosite doar începând de la 8-9 ani.

2) *Scalele de evaluare cu evaluator extern,* în care notele sunt atribuite în cursul sau în urma unui examen psihiatric clasic. Examinatorul ţine cont de informaţiile primite din partea părinţilor sau a anturajului şi de comportamentul manifest al subiectului. Acestea se pot obţine şi sub forma unor interviuri standardizate cu părinţii.

3) *Scalele de comportament,* care sunt completate după observarea prelungită a comportamentului subiectului în diverse situaţii apărute spontan sau provocate.

Prezentăm în continuare câteva dintre scalele utilizate pentru evaluarea diferitelor aspecte ale personalităţii copiilor autişti.

6.3.1. Chestionarul diagnostic E2 Rimland

Prima versiune a acestui chestionar datează din 1964 şi constă dintr-o serie de 76 întrebări cu răspunsuri la alegere, răspunsuri date de către părinţi sau de persoanele care îi îngrijesc pe copii. În urma unor studii de validare, s-a ajuns la forma E2, care se referă în principal la antecedentele şi anomaliile în dezvoltare, survenite înainte de 6 ani. Această formă cuprinde 79 întrebări. A fost concepută o grilă pe care se notează apariţia punctelor pozitive, corespunzătoare semnelor caracteristice autismului, şi a celor negative, corespunzătoare răspunsurilor care denotă o patologie non-autistică.

Scorul final este obţinut prin suma algebrică a scorurilor parţiale. După opinia lui Rimland, scorurile mai mari de 20 sunt argumente în favoarea includerii copiilor în categoria celor ce prezintă tulburarea autistă clasică, tip Kanner.

Adaptarea franceză a chestionarului E2 are în vedere reformularea unor itemi; ea cuprinde tot 79 întrebări, dintre care 41 vizează sindromul comportamental (motricitatea spontană, imitaţia, tulburările perceptive, izolarea afectivă) şi 17 vizează limbajul.

Acest chestionar permite culegerea a numeroase informaţii asupra comportamentului copilului, informaţii care vor fi utile pentru precizarea originii, a condiţiilor de apariţie şi a naturii tulburărilor observate. În cazul în care răspunsul la anumite întrebări este dificil, se poate da şi un răspuns în altă manieră; se încercuieşte numărul întrebării şi se trece la rubrica din ultima pagină a chestionarului, "Comentarii personale".

Întrebările care sunt considerate de mare importanţă sunt precedate de un semn (*).

1.*Vârsta actuală a copilului:

1. Sub 3 ani
2. Între 3-4 ani
3. Între 4-5 ani
4. Între 5-6 ani
5. Peste 6 ani (vârsta: .... ani)

2.*Indicaţi sexul copilului:

1. Băiat
2. Fată

3.*Locul ocupat între fraţi şi numărul de copii:

1. Este copil unic
2. Este primul din............ copii
3. Este ultimul din ... copii
4. Intermediar:.................. copii mai mari
   .... copii mai mici
5. Este un copil adoptat .... sau nu există elemente

ÎN TIMPUL PRIMILOR DOI ANI DE VIAŢĂ

4.*Sarcina şi naşterea au fost normale?

1. Sarcină şi naştere normală
2. Dificultăţi în timpul sarcinii şi al naşterii
3. Sarcină dificilă, naştere normală
4. Sarcină normală, naştere dificilă
5. Nu ştiu

5.*Naşterea a fost prematură?
1. Da. Durata sarcinii ... luni, greutate la naştere ... kg
2. Nu. Greutate la naştere.................. kg
3. Nu ştiu
6. A primit oxigen în prima săptămână?
1. Da
2. Nu
3. Nu ştiu
7. Aspectul copilului în primele săptămâni de după naştere:
1. Palid, aspect fragil
2. Viguros şi sănătos
3. Aspect normal....... Nu ştiu........ Alte observaţii .
8. Condiţii neobişnuite la naştere şi în timpul primei perioade: (nu se răspunde decât la o întrebare)
1. Condiţii anormale. Se specifică:
Cecitate .... Paralizie......Traumatisme ..... Convulsie
Hipoxie........................Febră mare Icter.............. Altele
2. Gemeni
3. Răspuns afirmativ la întrebările 1, 2 simultan
4. Condiţii normale sau nu ştiu
9. Sănătatea copilului în primele luni:
1. Sănătate excelentă, fără probleme
2. Respiraţie (infecţii frecvente... , altele ....)
3. Piele (erupţii..., alergii .... , altele ....)
4. Alimentaţie (dificultăţi de supt.., colici .., vomă ..)
5. Tulburări intestinale (diaree, constipaţie, altele ..)
10. Copilului i s-a făcut o electroencefalogramă (EEG) ?
1. Da, traseu normal
2. Da, traseu la limita normalului
3. Da, traseu anormal
4. Nu, nu ştiu sau nu cunosc rezultatul
11. În timpul primului an, copilul reacţiona la lumină puternică? La culori vii? La sunete neobişnuite?
1. Reacţie puternică (plăcere.., neplăcere.......)
2. Reacţie foarte slabă
3. Reacţie normală . sau nu ştiu

12. Copilul s-a comportat normal înaintea apariției tulburărilor comportamentale?
    1. Comportamentul nu a fost niciodată normal
    2. Comportament normal în primele 6 luni
    3. Comportament normal în primul an
    4. Comportament normal în primele 18 luni
    5. Comportament normal în primii doi ani
    6. Comportament normal în primii trei ani
    7. Comportament normal până la 4-5 ani
13. De la 4 la 8 luni copilul întindea brațele către mamă sau își manifesta dorința de a fi luat în brațe când mama se apleca spre el?
    1. Da, se pare că da
    2. Nu, nu cred
    3. Nu, sigur nu
    4. Nu știu
14. Când era sugar se legăna în pătuț?
    1. Da, foarte des
    2. Da, uneori
    3. Nu sau foarte puțin
    4. Nu știu
15. La ce vârstă a învățat să meargă singur?
    1. Între 8 și 12 luni
    2. Între 12 și 15 luni
    3. Între 16 și 18 luni
    4. Între 19 și 24 luni
    5. Între 24 și 36 luni
    6. La 3 ani sau mai târziu ...., nu merge singur ......
16. Cum descrieți trecerea de la mersul de-a bușilea la mersul biped?
    1. Trecere normală
    2. S-a târât puțin și apoi a mers
    3. S-a târât foarte puțin și a mers brusc
    4. S-a târât mult timp, apoi a mers brusc
    5. S-a târât mult timp, mergând progresiv
    6. Alte răspunsuri, sau nu știu

17.* Din primul an, părea deosebit de inteligent?
1. Părea mai inteligent decât media
2. Inteligență medie
3. Copilul părea puțin lent

18.* În primii doi ani, îi plăcea să fie ridicat?
1. Îi plăcea să fie ridicat și purtat
2. Rămânea inert și pasiv când era ridicat
3. Nu putea fi ridicat decât în momentul și în modul în care îi plăcea
4. Rigid și dificil de ridicat
5. Nu știu

COPILUL ARE 2 SAU 3 ANI

19.* Copilul a imitat alte persoane?
1. Da, făcea "tai-tai" cu mâna
2. Se juca de-a marionetele, bătea din palme
3. Da, alte exemple...............
4. Nu, sau nu știu

20.* A dat dovadă de o memorie bună?
1. Memorie remarcabilă pentru cuvintele unor cântece, poezii, publicitate la TV
2. Memorie muzicală
3. Memoria numelor, locurilor, traseelor
4. Nu a dat dovadă de o memorie specială
5. Memorie destul de precară
6. Răspuns afirmativ la 1 și 3
7. Răspuns afirmativ la 2 și 3

21.* V-ați pus problema unei eventuale surdități a copilului?
1. Da
2. Nu

22.* Copilul pare surd la anumite sunete și la altele nu?
1. Pare surd la sunete puternice și nu la sunete slabe
2. Nu, nu am remarcat asta

23.* Îşi ţine mâinile într-o poziţie bizară?
   1. Da, uneori sau deseori
   2. Nu
24.* Se concentrează timp îndelungat asupra unor activităţi ritmice sau de balansare?
   1. Da, acest lucru îi este caracteristic
   2. Rareori
   3. Nu
25.* Creează impresia că nu ar percepe prezenţa altor persoane?
   1. Da, deseori
   2. Da, aşa cred
   3. Nu
26.* Manifestă dorinţe imperioase de a mânca sau de a suge unele lucruri?
   1. Da, pentru sare şi pentru tot ce e sărat
   2. Da, suge deseori obiecte metalice
   3. Da, altele:...............
   4. Nu, nu ştiu sigur
27.* Are tabieturi alimentare bizare: refuză să bea din recipiente transparente, nu mănâncă decât alimente calde sau reci, unul sau două tipuri de alimente?
   1. Da, sigur
   2. Nu, sau nu în manieră exagerată
   3. Nu ştiu
28.* Aţi descrie copilul ca fiind "închistat în propria cochilie" sau pierdut, dus pe gânduri, dificil de abordat?
   1. Da, exact
   2. Se comportă deseori în acest fel
   3. Nu, nu este o descriere exactă
29. Copilul este tandru?
   1. Se agaţă de adulţi
   2. Mai tandru decât media; îi place să fie ridicat
   3. Nu, este mai degrabă rigid, dificil de purtat în braţe
   4. Nu ştiu

ÎNTRE 3 ŞI 5 ANI

30. Se loveşte la cap în mod voluntar?
    1. Niciodată sau foarte rar
    2. Da, lovindu-se cu palmele
    3. Da, lovindu-se de picioarele sau de capul cuiva
    4. Da, de pereţi, podea, mobilă
31. Este bine coordonat fizic? (când merge, fuge, se leagănă, se caţără)
    1. Mai graţios decât media
    2. Coordonare normală
    3. Coordonare inferioară mediei sau slabă
32. Se învârte în jurul propriei axe?
    1. Da, deseori
    2. Da, uneori
    3. Da, dacă se iniţiază mişcarea
    4. Nu, nu manifestă tendinţa de a se învârti
33. Este îndemânatic în executarea de gesturi minuţioase cu degetele, la jocul cu obiecte mici?
    1. Excepţional de îndemânatic
    2. Îndemânare normală pentru vârsta lui
    3. Uşor neîndemânatic sau foarte neîndemânatic
    4. Nu ştiu
34. Îi place să învârtă obiecte ca, de exemplu, capace, monede?
    1. Da, deseori şi timp îndelungat
    2. Foarte rar sau niciodată
35. Dă dovadă de capacităţi excepţionale pentru una din activităţile următoare:
    1. Rezolvarea unor jocuri tip puzzle sau jocuri de răbdare
    2. Efectuarea unor exerciţii cu calcule
    3. Numirea zilei corespunzătoare unei anume date
    4. Cântă corect (ureche muzicală deosebită)
    5. Aruncarea şi/sau prinderea unei mingi
    6. Alte activităţi
    7. Nu prezintă capacităţi speciale sau nu ştiu

36. Sare în sus când e bucuros?
    1. Da, gest foarte caracteristic
    2. Nu sau foarte rar
37. Aranjează obiecte pe rânduri regulate insistând să nu fie deranjate?
    1. Nu
    2. Da
    3. Nu sunt sigur(ă)
38. Refuză să se servească de mâini pentru o lungă perioadă de timp?
    1. Da
    2. Nu
39. A existat o perioadă, înainte de 5 ani, în care insista să asculte discuri?
    1. Da, insista să asculte anumite discuri
    2. Da, orice disc
    3. Îi plăcea să asculte, fără preferinţe
    4. Nu manifesta vreun interes pentru discuri
40. Ce interes manifestă pentru mecanisme, aparate menajere?
    1. Puţin sau nici un interes
    2. Interes mediu
    3. Este fascinat de unele mecanisme şi/sau aparate
41.* Care sunt reacţiile când este întrerupt din preocupările sale?
    1. Este rareori sau niciodată tulburat
    2. Este uneori uşor tulburat
    3. Este efectiv foarte contrariat
42.* Acceptă cu uşurinţă să poarte haine sau pantofi noi?
    1. Refuză în general orice schimbare
    2. Nu pare să-l deranjeze sau îi face chiar plăcere
43.* Este contrariat când constată că anumite lucruri nu sunt "ca de obicei"?
    1. Nu, în mod special
    2. Da, acest lucru îl perturbă foarte mult
    3. Nu sunt sigur(ă)

44.* Recurge la "ritualuri" complicate şi se arată nemulţumit când acestea nu sunt respectate?
1. Da, bineînţeles
2. Nu sunt sigur(ă)
3. Nu

45.* Este contrariat când unele lucruri cu care este obişnuit sunt schimbate sau deplasate?
l. Nu
2. Da, sigur
3. Parţial adevărat

46.* Are tendinţa de a distruge obiectele?
1. Da, acest lucru constituie o mare problemă
2. Nu în mod deliberat sau nu este distructiv
3. Nu are în mod special această tendinţă

47.* Este un copil maleabil, docil?
l. Da
2. Reacţii în aparenţă normale
3. Nu sunt sigur(ă)

48.* Ce descriere, sau ce combinaţie de două descrieri ar caracteriza cel mai bine copilul?
1. Hiperactiv, în continuă mişcare, trece repede de la un lucru la altul
2. Se uită la televizor calm, timp îndelungat
3. Stă aşezat mult timp, cu privirea pierdută, jucându-se la infinit cu obiecte, fără scop
4. Combinaţie între 1 şi 2
5. Combinaţie între 2 şi 3
6. Combinaţie între 1 şi 3

49.* Îşi exprimă nevoia de afecţiune?
1. Da, mai mult decât normal
2. Da, în mod normal
3. E indiferent la manifestările de afecţiune.
4. E mai mulţumit când e lăsat în pace

50.* Este sensibil şi/sau afectuos?
1. Este sensibil la critici şi afectuos
2. Este sensibil la critici şi nu este afectuos
3. Este insensibil la critici şi este afectuos
4. Este insensibil la critici şi nu este afectuos

51.* Este posibil să i se atragă atenţia asupra unui obiect mai îndepărtat sau printr-un geam?
1. Da, fără probleme
2. Vede rareori lucrurile îndepărtate
3. Nu examinează obiectele decât cu degetele sau cu gura

52.* Este considerat ca atrăgător şi frumos?
1. Da, este considerat deosebit de frumos
2. Este normal de frumos
3. Nu este considerat frumos

53. Îşi schimbă direcţia privirii când i se vorbeşte?
1. Niciodată sau rareori
2. Numai în prezenţa părinţilor
3. Da, în mod normal

54. I se întâmplă să se servească de mâna adultului pentru a face ceva? (a deschide uşa)
1. Da, gest foarte caracteristic
2. Da, poate sau da, dar rareori
3. Niciodată

55. Care descriere îi corespunde cel mai bine copilului?
1. Tulburat, perplex, îngrijorat, preocupat de el însuşi
2. Rece, independent, puţin sensibil, pierdut

56. Este temător în mod nejustificat?
1. Da, faţă de străini
2. Da, faţă de unele animale, persoane, zgomote
3. Da, la 1 şi 2 deodată
4. Nu, temerile sale sunt normale
5. Nu, pare curajos şi lipsit de temeri
6. Nu, ignoră obiectele care stârnesc frica

57. I se întâmplă deseori să cadă, să se rănească?
(fugind, căţărându-se)
1. Are tendinţa de a cădea şi a se răni
2. Nu mai des decât alţi copii
3. Nu se expune la situaţii în care ar putea cădea
4. Deşi se caţără, fuge, nu cade niciodată
58. Creează probleme din cauza agresivităţii sale în raport cu el însuşi şi cu alţii?
1. Da, doar cu el însuşi
2. Da, doar cu alţii
3. Da, atât cu el cât şi cu alţii
59. La ce vârstă a pronunţat primele cuvinte?
(chiar dacă apoi a încetat să vorbească)
1. Nu a articulat niciodată cuvinte
2. Între 8 şi 12 luni
3. Între 13 şi 15 luni
4. Între 16 şi 24 luni
5. Între 2 şi 3 ani
6. Între 3 şi 4 ani
7. După 4 ani
8. Nu ştiu
60. După ce a început să vorbească, a rămas tăcut o săptămână sau mai mult?
1. Da, iar apoi a vorbit din nou. S-a oprit, la ce vârstă?..... timp de................
2. S-a oprit la ...... ani şi nu a mai vorbit
3. Nu, a continuat să vorbească sau nu a început deloc
61. După ce a început să vorbească, a vorbit în şoaptă o săptămână sau mai mult?
1. Da, dar a vorbit din nou normal (s-a oprit la ..., a vorbit în şoaptă)
2. Da, şi continuă şi acum să vorbească în şoaptă (a încetat să vorbescă la.....................)
3. Acum nu mai vorbeşte nici în şoaptă
4. Nu, a vorbit întotdeauna normal sau nu a vorbit

62. În ce mod pronunța primele cuvinte când a început să vorbească. Cum pronunța cuvintele dificile între 3 și 5 ani?
    1. Limbajul său este prea limitat pentru a răspunde
    2. Normal sau mai puțin bine la început și destul de greu între 3 și 5 ani
    3. Normal sau destul de greu la început și foarte bine între 3-5 ani
    4. Foarte bine la început apoi normal sau destul de greu între 3 și 5 ani
    5. Deosebit de bine la început și între 3 și 5 ani
63.* Aptitudinea sa de comunicare (răspuns la o întrebare, istorisirea unei povești) este proporțională cu numărul de cuvinte cunoscute?
    1. Poate arăta cu degetul multe obiecte care sunt numite, dar nu poate să vorbească
    2. Poate numi corect multe obiecte, dar nu poate comunica
    3. Aptitudine de comunicare bună, proporțională cu numărul de cuvinte cunoscute
    4. Nu utilizează nici un cuvânt și nu înțelege când i se vorbește
64.* Când a pronunțat primele fraze, v-a surprins folosind cuvinte neutilizate până atunci?
    1. Da (exemple ....)
    2. Nu
    3. Nu am remarcat nimic
    4. Limbajul său nu este destul de bogat pentru a putea răspunde
65.* Cum vorbea despre el când a început să folosească propoziții?
    1. "Căzut", sau "bebe căzut" sau "băiat/fetiță căzut"
    2. "Eu căzut" sau "am căzut"
    3. "El sau ea a căzut"
    4. "Tu ai căzut"
    5. Combinații de răspunsuri 1, 2 și/sau 3
    6. Combinații de răspunsuri 1 și 4
    7. Copilul nu vorbește sau prea puțin

66.* Repetă întocmai cuvinte sau fraze pe care le-a auzit? (fără prea mare legătură cu contextul)
1. Repetă normal cuvinte şi fraze
2. Repetă cuvinte, fraze ca un papagal
3. Nu am remarcat nimic
4. Nu, nu face asta
5. Vorbeşte prea puţin pentru a se putea răspunde

67.* Copilul este capabil să răspundă la o întrebare simplă ca: "Cum te cheamă?" sau "De ce te-a certat mama?"
1. Da, poate răspunde în mod corespunzător la o întrebare simplă
2. Nu, vorbeşte, dar nu e capabil să răspundă
3. Vorbeşte prea puţin pentru a se putea răspunde

68.* Este capabil să înţeleagă? (este capabil să răspundă sau să facă ce i se cere?)
1. Da, înţelege foarte bine
2. Da, înţelege destul de bine
3. Înţelege puţin, dar trebuie să i se repete
4. Înţelege foarte puţin sau deloc

69.* Dacă vorbeşte, înţelege ceea ce spune?
1. Nu vorbeşte destul pentru a se putea răspunde
2. Nu, se mulţumeşte să repete ce a auzit fără să înţeleagă prea mult
3. Repetă, dar poate să şi vorbească, nu pare însă să înţeleagă prea bine ce vorbeşte
4. Vorbeşte şi înţelege ceea ce spune

70.* A folosit cuvântul "da"?
1. Da, destul de des şi în context
2. I s-a întâmplat, dar rareori
3. Face propoziţii fără a folosi cuvântul "da"
4. A folosit alte cuvinte sau grupuri de cuvinte pentru a spune "da"
5. Nu vorbeşte sau vorbeşte prea puţin

71.* Pentru a răspunde afirmativ la o întrebare, repetă întrebarea?
1. Da, acest lucru îi este caracteristic, nu spune "da" în mod direct
2. Răspunde "da" sau ceva echivalent
3. Nu am remarcat
4. Nu vorbeşte destul pentru a se putea răspunde

72. V-a cerut ceva utilizând aceeaşi formulă pe care aţi utilizat-o pentru a-i propune ceva?
1. Da, bineînţeles (spune "tu" în loc de "eu")
2. Nu, cere în alt mod
3. Nu am remarcat acest lucru
4. Nu vorbeşte destul pentru a se putea răspunde

73. A folosit cuvântul "eu"?
1. Da, destul de des şi în mod adecvat
2. Rareori, dar în mod adecvat
3. A folosit propoziţii, dar nu cuvântul "eu"
4. A folosit unele cuvinte sau grupuri de cuvinte, dar nu "eu"
5. A folosit "eu" în loc de "tu"
6. Nu vorbeşte destul pentru a se putea răspunde

74. Cum spune "nu" sau cum refuză?
1. Spune pur şi simplu "nu"
2. Prin ignorare
3. Mormăie "nu vreau" sau "fără...." sau de exemplu "lapte nu-nu"
4. Utilizează o propoziţie care nu are sens
5. Vorbeşte prea puţin pentru a se putea răspunde

75. A folosit un cuvânt sau o idee pentru a exprima o alta pentru un timp îndelungat?
1. Da, bineînţeles
2. Nu
3. Nu sunt sigur(ă)
4. Vorbeşte prea puţin pentru a se putea răspunde

76. Ținând cont de ceea ce știți până acum, la ce vârstă ați remarcat pentru prima dată comportamentul anormal al copilului?
În coloana A: se bifează vârsta la care ați început să-l bănuiți
În coloana B: se bifează vârsta la care l-ați constatat efectiv

	A	B
1. În primele 3 luni	....	....
2. Între 4 și 6 luni	....	....
3. Între 7 și 12 luni	....	....
4. Între 13 și 24 luni	....	....
5. Între 2 și 3 ani	....	....
6. Între 3 și 4 ani	....	....
7. După 4 ani	....	....

77 și 78. Se înscrie în coloanele următoare nivelul studiilor părinților:

	Tatăl (77)	Mama (78)
1. Școala primară		
2. Studii medii. Bacalaureat		
3. Studii tehnice		
4. Certificate universitare		
5. Diplomă universitară		
6. Teză sau lucrare de cercetare		

79. Indicați măsura în care în familie au existat persoane cu probleme psihologice necesitând un tratament îndelungat și / sau internare în clinică.
1. Nu
2. Dacă da, precizați dedesubt: gradul de rudenie

Întrebări adiționale la chestionarul E2

Pentru a răspunde la următoarele întrebări, se notează, în locurile marcate, cu cifra 1 pentru "foarte adevărat", cifra 2 pentru "adevărat" și cifra 3 pentru "fals".

ÎNAINTE DE 2 ANI

80. Copilul devenea rigid și își dădea capul pe spate când era ridicat în brațe
81. Se zbătea când era luat în brațe

ACTUALMENTE

82. Copilul este extrem de lacom pentru unele alimente
83. Mănâncă deseori cantităţi anormal de mari
84. Îşi astupă urechile cu mâinile la auzul unor zgomote
85. Unele sunete par să-i displacă
86. Nu clipeşte la lumină puternică
87. Are tenul mai deschis sau mai închis decât cel al altor membri ai familiei
88. Preferă cu certitudine obiectele neînsufleţite
89. Evită alte persoane
90. Insistă să păstreze cu el un anumit obiect
91. Pare în permanenţă speriat sau foarte anxios
92. Plânsul său este imposibil de potolit
93. Remarcă schimbările sau imperfecţiunile şi încearcă să le corecteze
94. Este îngrijit, este preocupat de aspectul său fizic. Evită lucrurile murdare
95. Colecţionează unele obiecte (jucării mici, obiecte, bucăţele de hârtie)
96. Repetă, după un timp, frânturi de fraze pe care le-a auzit
97. Repetă, după un timp, fraze întregi pe care le-a auzit
98. Repetă la infinit, fără modificare, diverse întrebări sau conversaţii pe care le-a auzit
99. Se fixează pe anumite idei, se agaţă de unele obiecte
100. Explorează tactil suprafeţele
101. Adoptă posturi bizare
102. Mestecă sau înghite obiecte necomestibile
103. Detestă să fie atins sau să fie luat în braţe
104. Este extrem de sensibil la mirosuri
105. Îşi disimulează capacităţile sau cunoştinţele. Sunteţi surprins(ă) aflând că ele există
106. Pare insensibil la durere
107. Este îngrozit de schimbare sau de evenimente neobişnuite
108. A reţinut cuvinte fără vreo utilitate pentru el
109. A reţinut unele cuvinte, apoi a încetat să le mai folosească

6.3.2. Scala de observaţie a comportamentului Freeman (SOC)

Scala de observaţie a comportamentului a fost elaborată de Freeman în 1978 şi se referă la evaluarea obiectivă a comportamentului copiilor autişti într-un context de dezvoltare dat. În versiune originală, ea cuprinde 67 itemi. Observarea copilului are loc prin intermediul unei oglinzi sau prin înregistrare video. Şedinţa se desfăşoară într-o sală cu jucării adaptate vârstei şi poate fi împărţită în 9 perioade de câte 3 minute.

Într-un prim timp, copilul "face ceea ce doreşte", examinatorul rămânând pasiv. Este introdus apoi în situaţii de joc bine definite sau de simulări standardizate. Cotarea scalei este bazată pe frecvenţa apariţiei comportamentelor marcate în cursul fiecărei perioade de 3 minute. Se utilizează, pentru cotare, următoarele cifre:

0 - absent
1 - apare o dată
2 - apare de două ori
3 - apare permanent

Studiile de validare ale SOC sunt încă în curs de desfăşurare şi se efectuează ţinând cont de evoluţia copiilor autişti în funcţie de vârstă şi prin comparaţie cu grupuri de copii normali şi deficienţi, pe grupe cronologice de vârstă şi de dezvoltare.

Cotarea primilor 53 itemi corespunde frecvenţei apariţiei comportamentelor marcate în cursul fiecărei situaţii de joc. Pentru ceilalţi itemi, cotarea este binară: 0 – absent
1 – prezent

Scala de observaţie a comportamentului după Freeman (1978)

Nume: ....
Prenume: ....
Data naşterii: .... Vârsta: ....
Coeficient de dezvoltare: ....
Data: .... Observaţia nr.: ....

Jocul cu mingea*	Reacţia de atenţie *	
- ignoră jocul	- nulă	- tresărire
- se joacă puţin	- minima	- agitaţie
- activ la joc	- medie	- agitaţie dezordonată
- deviază de la joc	- bună	- panică, vrea să iasă

Reacția la ridicarea în brațe*	Reacția în momentul când i se ia obiectul din mână *
- rezistă	- este indiferent
- suportă	- devine furios
- acceptă	- acceptă

* Se încercuiește răspunsul cel mai potrivit

Manifestări comportamentale caracteristice

1. Își astupă urechile
2. Scrâșnește din dinți
3. Își privește mâinile
4. Rămâne uimit, mirat
5. Se uită fix la anumite detalii
6. Mângâie suprafețele
7. Duce obiectele la gură
8. Se lovește la mâini
9. Își duce mâna la gură
10. Miroase obiectele
11. Își miroase mâinile
12. Își sucește capul
13. Bate din mâini, ca din niște aripi
14. Pipăie obiectele
15. Gesticulează, face grimase
16. Se învârte în jurul propriei axe
17. Merge pe vârfuri
18. Se proiectează înainte
19. Își menține unele posturi
20. Se leagănă
21. Sare pe loc
22. Se lovește la cap (cu mâinile, cu obiecte)
23. Își mișcă obiectele în fața ochilor
24. Își dă capul pe spate
25. Se joacă cu întrerupătorul
26. Se joacă cu clanța
27. Se uită în ochii examinatorului
28. Se uită la examinator pe porțiuni
29. Îi surâde sau râde cu examinatorul

30. Îl foloseşte pe examinator ca instrument
31. Se agaţă de examinator
32. Insistă pentru a fi luat în braţe
33. Îi atrage atenţia examinatorului prin diverse atitudini
34. Ignoră examinatorul
35. Utilizează adecvat obiectele
36. Utilizează inadecvat obiectele
37. Utilizează ritualizat obiectele
38. Învârte obiectele
39. Aliniază obiectele
40. Utilizează obiectele pentru autostimulare
41. Nu acordă atenţie obiectului manipulat
42. Lasă obiectul să cadă în mod pasiv
43. Aruncă obiectele
44. Ignoră obiectele
45. Rămâne mut
46. Emite sunete nearticulate
47. Ţipă
48. Repetă: ecolalie imediată sau mai distanţată în timp
49. Comunică prin cuvânt
50. Răspunde la stimulări: imediat, cu întârziere, stereotip

6.3.3. Scala de evaluare a comportamentelor autistice (ECA)

Istoria întocmirii acestei scale cuprinde mai multe etape începând cu anul 1973, când a fost pusă la punct de către Lelord scala aşa-numită "Bretonneau". Scopul iniţial al acestei scale era punerea în relaţie a variabilelor clinice şi electrofiziologice. O primă analiză a corespondenţelor arăta că unele trăsături clinice ca, de exemplu, indiferenţa faţă de persoane, intoleranţa la schimbare, erau relaţionate cu semne electrofiziologice ca, de exemplu, slaba amplitudine a potenţialelor electrice evocate prin stimulări senzoriale.

Cea dintâi versiune a scalei, numită *Bretonneau I* sau *ECA I* a fost alcătuită plecând de la raportul Duche (1969). Ea se prezenta sub forma unui chestionar din 55 itemi, la care se răspundea prin "da" sau "nu". Această variantă a fost apoi modificată, păstrându-se doar 28 itemi.

A doua versiune, *Bretonneau II* sau *ECA II*, elaborată în urma unei analize factoriale a corespondențelor, a permis degajarea a 18 itemi dintre cei 55 inițiali și stabilirea unor corelații între datele clinice și electrofiziologice. În 1978, referindu-se la criteriile reținute pentru *DSM III*, cei 18 itemi au fost regrupați în 6 rubrici, unii dintre ei fiind reformulați (Garreau, 1980, Lelord, 1981).

Prezentarea versiunii actuale a scalei, ECA III (1985)

Această ultimă versiune, *Bretonneau III*, sau *ECA III*, cuprinde 20 itemi (Lelord și Barthelemy, 1989) și se prezintă în modul următor:

Nume:
Data:
Tratament:

Puneți o cruciuliță în coloana corespunzătoare notei considerate drept cea mai exactă	0	1	2	3	4
1. Caută izolarea					
2. Îi ignoră pe alții					
3. Interacțiune socială insuficientă					
4. Privire inadecvată					
5. Nu face efortul de a comunica oral					
6. Dificultăți de comunicare prin gesturi și mimică					
7. Emisiuni vocale sau verbale stereotipe; ecolalie					
8. Lipsa inițiativei. Activitate spontană redusă					
9. Tulburări de conduită față de obiecte, de păpușă					
10. Intoleranță la schimbare, la frustrare					
11. Activitate senzorio-motorie stereotipă					
12. Agitație, turbulență					
13. Mimică, postură, mers - bizare					
14. Autoagresivitate					
15. Heteroagresivitate					
16. Mici semne de angoasă					
17. Tulburări de dispoziție					
18. Tulburări ale conduitei alimentare					
19. Fixare dificilă a atenției					
20. Bizarerii ale audiției					

Scala permite explorarea copilului autist prin prisma a şapte domenii comportamentale, şi anume:

- izolare de tip autist,
- tulburări ale comunicării verbale şi non-verbale,
- reacţii bizare faţă de mediu,
- motricitate perturbată,
- reacţii afective inadecvate,
- tulburări ale funcţiei instinctive,
- tulburări ale atenţiei, ale percepţiei şi ale funcţiilor intelectuale.

Aceste rubrici, inspirate din *DSM IV* şi utilizate, în cazul primelor versiuni, pentru ordonarea itemilor, nu mai figurează în scala propriu-zisă. Ele nu sunt utilizate decât în momentul acordării scorurilor, pentru eventualele regrupări de itemi.

Scala *ECA* este destinată observării copilului în cadrul micului grup în care este inclus în mod obişnuit. Cotarea se face o dată pe săptămână de către personalul medico-educativ. Cei care realizează cotarea se pot referi la un glosar. Fiecare item este cotat de la 0 la 4, în funcţie de frecvenţa apariţiei simptomelor:

0 – tulburarea nu apare niciodată
1 – uneori
2 – deseori
3 – foarte des
4 – permanent

În partea de jos a foii de cotare, în rubrica "Observaţii", examinatorul poate semnala unele simptome care nu figurează în scală sau unele evenimente care ar putea modifica brusc notarea.

Prezentarea detaliată a scalei *ECA III* (varianta 1984-1985)

I – IZOLARE DE TIP AUTIST

1) Caută izolarea

Se retrage, se izolează, fuge de grup, întrerupe relaţia
Rămâne în lumea lui
Îşi caută colţul lui

2) Îi ignoră pe alții
Indiferență față de persoane. Nu le acordă atenție, poate să le împingă fără să le vadă, pare a nu le auzi
Nu răspunde la solicitări
Copil prea cuminte, indiferent (față glacială)
Reacțiile comportamentale generale sunt denaturate sau întârziate

3) Interacțiune socială insuficientă
Nu apar schimburi relaționale
Nu inițiază apropieri spontane
Nu utilizează un obiect mediator
Utilizează adultul ca pe un obiect
Nu zâmbește, nu caută compania altora
Nu este capabil să întrețină interacțiuni sociale

4) Privire inadecvată
Nu privește în ochi, își acoperă ochii
Își ferește privirea sau fața la un apel sau la privirea altuia
Privire vidă, fără viață, fugitivă. Privire periferică.

II – TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII VERBALE SAU NONVERBALE

5) Nu face eforturi de comunicare orală
Este vorba de aprecierea tentativelor și încercărilor de comunicare și nu a nivelului verbal. Un copil care a achiziționat deja limbajul poate să nu facă eforturi de comunicare și să prezinte limbaj ecolalic. Un copil care nu a achiziționat limbajul poate încerca să se facă înțeles prin vocalize.

6) Dificultăți de comunicare prin gesturi și mimică
Amimie. Expresie imobilă a feței
Nu prezintă reacții posturale anticipate, când este luat în brațe
Nu știe să dirijeze mâna examinatorului pentru a obține ceea ce vrea, nu-și agită mâinile în direcția obiectului, nu știe să indice precis ce ar dori,prin gesturi, atitudine și privire
Dacă limbajul este prezent, nu utilizează cu frecvență normală expresia facială, vocală și gestuală.

7) Emisii vocale, verbale stereotipe; ecolalie
Ecolalie imediată sau distanțată; repetă orice sau selectiv
Inversiunea pronumelor personale *eu, tu, el* Cuvintele sau frazele repetate au sau nu valoare comunicațională

Înlănţuire de cuvinte sau fraze plecând de la cuvinte-cheie, cu sau fără legătură

Emisia unor sunete stereotipe, cu un ritm sacadat, în momente de derută, de bucurie sau în orice moment.

III – REACŢII BIZARE LA MEDIU

8) Lipsa iniţiativei, activitate spontană redusă

Nesolicitat, copilul nu-şi creează un joc de la sine

Copil pasiv, neinteresat

Lentoare.

9) Tulburări ale conduitei faţă de obiecte şi de păpuşă

Ignoră obiectele sau se interesează de ele în mod fugitiv

Suge sau duce la gură obiectele

Pipăie sau loveşte în mod repetat obiectele

Comportament neobişnuit cu obiectele: le lasă să cadă în mod pasiv

Examinare tactilă minuţioasă

Utilizare bizară, foarte personală a obiectelor şi/sau comportament bizar, excentric: pune obiectul de o parte, învârte obiectele, adună tot ce găseşte.

10) Intoleranţă la schimbare, la frustrare

Exigenţă imperioasă ca totul să rămână neschimbat

Schimbarea: acceptă greu, chiar cu reacţii necontrolate neobişnuitul, schimbările de loc, de orar, de persoane, de haine, de alimente

Frustrarea: reacţii de furie faţă de ceva interzis, de o întrerupere a activităţilor sale. Nemulţumire cauzată de nesatisfacerea unei dorinţe sau aşteptări.

Fixare pe obiectul frustrării.

IV – MOTRICITATE PERTURBATĂ

11) Activităţi senzorio-motorii stereotipe

Este vorba de stereotipii. Acestea se pot manifesta atât în cadrul activităţilor, cât şi în mers (balansarea în pat, pe podea sau de pe un picior pe altul, uitatul la mâini, răsucitul degetelor, mirosirea mâinilor, astupatul urechilor, al ochilor, lovitul cu spatele de perete, bătutul din picioare; jocul ochilor în soare, în lumină).

12) Agitaţie, turbulenţă

Aceste simptome tulbură momentele de repaus sau de activitate dirijată

Agitaţie: excitaţie dezordonată, necontrolată, fără scop

Turbulenţă: copil zgomotos, turbulent. Se poate considera turbulenţa ca normală, dar patologică atunci când este exagerată; în acest caz se cotează.

13) Mimică, postură şi mers - bizare

Bizareria este deseori evidentă în cazul posturii şi mersului, dar se poate extinde la comportamentul general şi la activităţi.

Mimică: grimase, mişcări faciale bizare

Postură: picioare în aer, încrucişate; capul în jos; postură neechilibrată; picioare îndoite; pitit într-un colţ al încăperii; destindere corporală violentă; absenţa anticipaţiei posturale, ajustare posturală greşită

Mers: mici sărituri, mersul pe vârfuri sau pe călcâie, învârtitul în jurul propriei axe sau descriind în fugă mici cercuri; târşâitul picioarelor, mersul într-o parte, automatism în mers, demers bizar, unele mişcări de proiecţie înainte.

V – REACŢII AFECTIVE INADECVATE

14) Autoagresivitate

Agresivitate faţă de propriul corp sau chiar mutilare (copilul se loveşte cu mâinile în cap, se lasă anume să cadă cu violenţă, se muşcă, se pişcă, se zgârie pe faţă)

15) Heteroagresivitate

Muşcă, zgârie, loveşte pe oricine

16) Mici semne de angoasă

Exemple ale manifestării angoasei şi anxietăţii

Planşete spontane

Râs nervos

Aspect temător, îngrijorat

Mers fără scop

Tremurături

Somatic: vomă, hiperpnee, tulburări de tranzit, transpiraţie

17) Tulburări de dispoziţie

Sărăcie a registrului emoţional

Alternanţa stărilor emoţionale contrare (furie, râs, plăcere, tristeţe)

Furie şi râs nemotivate.

VI – TULBURĂRI ALE FUNCŢIILOR INSTINCTUALE

18) Tulburări ale conduitelor alimentare

Tulburări calitative şi/sau cantitative

Indiferenţă, atitudine pasivă: copilul se lasă hrănit fără participare afectivă

Refuz activ: copilul plânge sau urlă la vederea mâncării, se opune alimentării, gesticulând sau întorcând capul

Alege exclusiv unele gusturi, dulci sau sărate

Mănâncă altceva decât alimente (pietricele, hârtie)

Coprofagie

Vărsături

Mănâncă foarte murdar, împrăştie alimentele, le aruncă

Ritualuri

Absenţa gustului

Bulimie, anorexie.

VII – TULBURĂRI ALE ATENŢIEI, PERCEPŢIEI, FUNCŢIILOR INTELECTUALE

19) Fixare dificilă a atenţiei

Dacă i se propune o activitate, este incapabil să-şi fixeze atenţia

Nu ascultă ce i se spune, distrat

Integrare lentă. Nu percepe consemnele sau le percepe târziu

Răspunsuri întârziate

Atenţie labilă: modificări ale atenţiei, provocate prin schimbări ale mediului

Atenţie anormală: acordă atenţie propriilor producţii sonore non-vocale.

20) Bizarerii ale audiţiei

Sensibilitate excesivă sau insuficientă la zgomote, sunete, apeluri

Reacţii paradoxale: copilul nu întoarce capul la trântirea uşii sau la pronunţarea numelui său, dar se interesează de zgomotul hârtiei mototolite.

Utilizări: practica clinică şi cercetarea

"Profilul comportamental" individual şi evoluţia sa

Scala ECA rezumă evaluarea psihiatrică realizată de clinician. Cotarea diverselor simptome permite obţinerea unui portret sau profil simptomatic pentru un copil sau pentru un grup de copii la un moment dat.

Datorită simplităţii sale, această scală poate fi utilizată în mod regulat. Completat la intervale de timp apropiate şi regulate, profilul simptomatic al unui copil poate fi urmărit pe parcursul mai multor luni. Variaţiile longitudinale ale acestor profiluri pot fi examinate şi analizate în detaliu.

Privită din această perspectivă, scala *ECA* este esenţialmente descriptivă. Ea permite realizarea unor rezumate observative precise. Notele atribuite simptomelor pot alcătui un adevărat grafic, pe care pot fi urmărite variaţiile pe perioade, mergând de la câteva săptămâni la câteva luni. Analiza acestor variaţii, prezentate foarte concret, permite îmbogăţirea informaţiilor legate de traiectoriile evolutive individuale ale copiilor.

Scala ECA şi tehnicile terapeutice

Evantaiul terapeutic de care poate beneficia un copil autist într-un serviciu pedo-psihiatric cuprinde trei categorii: intervenţiile educative, psihoterapiile şi terapiile farmacologice. Rezumatele clinice oferite de scala *ECA* sunt foarte utile în acest domeniu. Este posibilă, de exemplu, aprecierea comportamentului unui copil în două situaţii foarte diferite: în grupul său şi în cadrul terapiei individuale. Rezultatele pot fi pozitive sau negative, omogene sau disociate, iar confruntarea lor cu alte elemente ale observaţiei, permite iniţierea discuţiilor legate de indicaţiile terapeutice.

6.3.4. Scala de evaluare a autismului infantil Schopler

Scala a fost concepută pentru prima dată în 1971 de către E. Schopler, R. Reichler şi B. Renner având ca *obiective* identificarea copiilor autişti şi distingerea cazurilor de autism uşor şi moderat de cazurile severe.

În ceea ce priveşte *modul de administrare* a acesteia, un observator examinează copilul, în timp ce acesta este implicat într-o sarcină care

necesită comportamente foarte variate şi unele interacţiuni cu o altă persoană. La sfârşitul perioadei de observaţie, se evaluează modul în care copilul a parcurs totalitatea itemilor scalei.

Scala este compusă din 15 itemi după cum urmează:

I. *Relaţia cu oamenii*

Devierile care pot apare în raport cu o relaţie normală pot să fie relativ uşoare, ca de exemplu, o timiditate exagerată, un anume negativism, evitarea unui contact vizual, dar pot merge până la forme severe, ca dezinteres profund, evitare şi uitare.

Se observă situaţiile structurate şi non-structurate în care copilul poate să interacţioneze cu adultul sau cu alţi copii. Se notează reacţia copilului la contactul fizic, la manifestările de afecţiune şi răspunsurile la solicitări, la critici şi la pedepse.

II. *Imitaţia* (verbală şi motrică)

Imitaţia verbală poate include repetarea unor simple vocalize până la repetarea unor fraze lungi şi complicate.

Imitaţia motrică include atât imitaţia motrică globală, cât şi imitaţia fină (copierea unor forme, decuparea cu foarfecă sau jocul cu obiecte mici).

Se observă o mare varietate de situaţii în care imitaţia este necesară, se notează măsura în care aceasta apare imediat sau după un timp mai îndelungat.

III. *Reacţia afectivă adecvată sau inadecvată*

Este vorba de notarea adecvării sau inadecvării tipului de răspuns sau de notarea gradului de adecvare a răspunsului (extrem sau inhibat). Se acordă atenţie gradelor extreme şi inexplicabile ale răspunsurilor afective sau rigidităţii acestora precum şi celor care sunt, ocazional, mai puţin evidente şi scurte. Se va considera că intensitatea răspunsului este anormală, atunci când copilul nu manifestă vreo emoţie în situaţiile în care subiecţii normali de aceeaşi vârstă prezintă asemenea emoţii, când are accese de furie sau devine foarte agitat ca răspuns la un eveniment minor.

IV. *Utilizarea corpului*

Formele cele mai uşoare de deviere sunt neîndemânarea, lipsa coordonării sau mişcările stereotipe, iar cele mai severe sunt o postură specifică, inspecţia corpului, auto-agresiunea, balansările şi mersul pe vârfuri. Se observă activităţile de tip decupaj, desen, puzzle şi se evaluează frecvenţa şi intensitatea utilizării bizare ale corpului.

V. *Utilizarea obiectelor*

O utilizare neadecvată poate merge de la un uşor dezinteres faţă de obiect sau o utilizare infantilă a acestuia, până la o utilizare inadecvată: preocupare repetitivă şi mecanică.

Modul în care sunt utilizate obiectele se notează, în acelaşi timp cu interesul general al copilului pentru jucării. Se observă de asemenea modul în care copilul se joacă pe o perioadă nestructurată, în care adultul nu intervine.

VI. *Adaptarea la schimbare*

Adaptabilitatea copilului la schimbare poate fi evaluată luând în considerare disponibilitatea copilului de a trece de la un obiect la altul şi de a schimba instrumentele în cadrul aceleiaşi activităţi. Aceste probleme sunt deseori legate de unele comportamente repetitive. Se notează reacţia copilului la schimbarea activităţii, la tentativele de modificare a răspunsurilor sau a comportamentelor organizate, la schimbarea rutinei.

Devierile pot avea forma unui refuz al copilului de a înapoia un obiect, de a termina o activitate sau, în caz extrem, poate fi vorba de o rezistenţă severă şi de o iritabilitate pronunţată la schimbarea obiectului sau a activităţii.

VII. *Răspunsurile vizuale*

La acest item, se evaluează utilizarea şi interesul copilului faţă de domeniul vizual (şi nu capacitatea sa de a vedea obiecte specifice). Se observă măsura în care copilul îşi utilizează ochii normal când priveşte obiectele sau când interactionează cu oamenii. Devierile includ atât evitarea răspunsului vizual, cât şi comportamentele vizuale bizare. Devierile mai uşoare se manifestă prin evitarea privirii unui obiect la cerere sau de privirea în manieră excesivă în oglindă. Formele mai severe constau în grimase repetate în faţa oglinzii, privirea fixă a luminilor.

VIII. *Reacţia la sunete*

Se urmăreşte lipsa de atenţie în raport cu sunetele şi conversaţia sau evitarea acestora, cât şi hipersensibilitatea faţă de acestea. Se notează atracţia neobişnuită sau frica de unele sunete. Copilul poate reacţiona în manieră excesivă la sunete normale, tresărind sau acoperindu-şi urechile cu mâinile. Este necesar a se observa măsura în care reacţia este dată de sunetul emis de un obiect şi nu de vederea acelui obiect.

IX. *Reacții la miros, gust, durere*

Comportamentele care pot să apară sunt mirosirea, gustarea, atingerea unor obiecte mai degrabă pentru senzația produsă decât datorită experienței funcționale.

Se disting însă aici comportamentele infantile (ducerea la gură a obiectului) şi anomaliile mai severe care presupun chiar introducerea lui în gură. Se urmăresc eventuale reacții neobişnuite la durere.

X. *Teama, nervozitatea*

Anxietatea se poate manifesta sub mai multe forme, ca de exemplu: plânsetele, țipetele, râsul nervos, retragerea şi temerile.

Când se face evaluarea comportamentelor, trebuie luate în considerare frecvența, gravitatea şi durata acestora.

Prima separare de părinți, ori uneori marionetele şi anumite jocuri pot declanşa răspunsuri anxioase din partea copilului.

XI. *Comunicarea verbală*

Anomaliile la nivelul comunicării verbale pot merge de la un simplu retard în dezvoltarea limbajului, la utilizarea aproape exclusivă a unui limbaj aparte, bizar, asemănător unui jargon sau la ecolalie. Se notează modul în care copilul vorbeşte, răspunde la întrebări şi repetă cuvinte sau sunete la cerere. Problemele la nivelul comunicării verbale include mutismul sau absența limbajului, retardul în achiziție, utilizarea unui limbaj corespunzător unei vârste mai mici, cu folosirea unor cuvinte particulare sau fără semnificație. Se notează şi repetițiile excesive apărute după vârsta la care acest comportament este relativ curent.

XII. *Comunicarea non-verbală*

Acest item acoperă comunicarea unor trebuințe prin exprimare non-verbală (utilizarea expresiilor faciale, gesturi, posturi).

Se iau în considerare şi răspunsurile copilului la cerințele non-verbale ale examinatorului.

Copiii care prezintă un deficit de limbaj pot să dezvolte sau nu mijloace non-verbale de comunicare. Trebuie să se țină seama de măsura în care copilul înaintează către adult pentru jocuri fizice, în care încearcă să-i comunice examinatorului că mai doreşte bomboane, în care îşi manifestă dorința de a merge la toaletă etc.

XIII. *Nivelul activității*

La evaluarea acestui aspect trebuie să se țină seama de vârsta copilului, de durata examinării; copilul trebuie să aibă ocazia de a se mișca în mod liber, evaluându-se însă și capacitatea sa de a se controla, în momentul în care examinatorul insistă să stea liniștit. Trebuie luate în considerare hiperactivitatea sau pasivitatea.

XIV. *Nivelul și consistența funcțiilor intelectuale*

Este posibilă observarea comportamentelor proprii nivelului de vârstă, dar combinate cu comportamente care sunt caracteristice unui nivel anterior. Se evaluează nivelul general de funcționare intelectuală și omogenitatea acestui nivel de la un tip de abilitate la altul. Se ia în considerare utilizarea și înțelegerea limbajului, a numerelor, a conceptelor, dar și a modului în care copilul își aduce aminte de lucruri văzute sau auzite, modul în care explorează mediul și în care înțelege funcționarea lucrurilor.

XV. *Impresia generală*

Observatorul efectuează o evaluare globală a gradului de autism al subiectului, plecând de la datele obținute la itemii precedenți. Această evaluarea este realizată direct fără a efectua media celorlalți itemi, luând însă în considerare toate informațiile posibile furnizate de părinți, de dosarele medicale.

Fiecare item poate fi cotat de la 1 la 4 cu posibilitatea acordării unor jumătăți de punct. Scorul poate indica:

(1) comportamentul copilului se situează în limite normale pentru nivelul de vârstă,

(2) comportamentul copilului este ușor anormal,

(3) comportamentul copilului este la media anormalității,

(4) comportamentul copilului este profund anormal.

Jumătățile de punct sunt utilizate când comportamentul copilului se situează între două categorii. În măsura posibilului, aceste categorii se consideră ca fiind la intervale egale pe un continuum mergând de la un comportament normal la unul profund anormal.

Pentru aceste evaluări, se ia în considerare și vârsta copilului. De exemplu, atenția acordată adultului de către un copil normal de 2 ani tinde să fie mai scurtă și mai puțin susținută decât cea acordată de un

copil normal de 5 ani. O asemenea diferenţă, adecvată nivelului de dezvoltare, nu va fi considerată ca un deficit al capacităţii de relaţionare pentru copilul de 2 ani. Se utilizează o fişă de cotare pentru notarea evaluărilor fiecărui item, aşa cum se va vedea în continuare.

Scala de evaluare a autismului infantil Schopler.
Fişa de cotare

Numele ____________________
Vârsta ____________________
Gradul ____________________

I. Relaţia cu oamenii 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4	IX. Răspunsul la un stimul apropiat de receptor 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4
II. Imitaţia verbală şi motrică 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4	X. Reacţia anxioasă 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4
III. Afectul 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4	XI. Comunicarea verbală 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4
IV. Gradul de conştientă corporală 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4	XII. Comunicarea non-verbală 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4
V. Relaţia cu obiectele 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4	XIII. Nivelul activităţii 1 11/2 2 21/2 3 3 i/2 4
VI. Adaptarea la schimbare intelectuală 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4	XIV. Funcţionarea 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4
VII. Receptivitatea vizuală 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4	XV. Impresiile generale 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4
VIII. Receptivitatea auditivă 11/2 2 21/2 3 31/2 4	

Scor total ____________

Număr de itemi cotaţi cu 3 sau mai mult ____________
Categoria diagnostică: ____________ ____________ ____________
Non-autist Autism moderat Autism sever

În ceea ce priveşte *interpretarea rezultatelor*, categoria diagnostică este determinată pe baza scorului total obţinut de copil şi a numărului de itemi la care a realizat un scor de 3 sau mai mult. Copiii care totalizează un scor mai mic de *30* sunt consideraţi ca non-autişti. Copiii care obţin un scor total de *37* sau mai mult şi care realizează scorul 3 la 5 itemi sunt incluşi în categoria autiştilor severi. Copiii care totalizează un scor de *30* sau mai mult, dar care nu satisfac unul din criteriile enunţate mai sus sunt consideraţi ca având un autism uşor sau moderat.

Scopul acestei scale este evaluarea comportamentului fără a se recurge la explicaţii cauzale. Din moment ce unele comportamente caracteristice autismului infantil sunt asemănătoare celor determinate de alte tulburări, este important să se realizeze numai evaluarea gradului de devianţă a comportamentului copilului, în raport cu normalul, fără a se lua în considerare posibilitatea unor cauze ca, de exemplu, o anomalie cerebrală sau un retard mental.

Scorul total va distinge între un copil autist şi alţi copii cu diverse tulburări de dezvoltare. De exemplu, un copil deficient, dar nu autist, poate prezenta reacţii afective neobişnuite (deprimare, inhibare, expresie facială bizară) şi poate fi cotat cu (2) la rubrica „Răspunsuri emoţionale"*. Această evaluare, chiar însoţită de un comportament oarecum anormal în alte domenii, nu este suficientă pentru includerea copilului în categoria celor cu autism.

Itemul 15 reprezintă o evaluare globală bazată pe impresia subiectivă a gradului de autism, aşa cum este definită de celelalte 14 puncte.

Scala de evaluare a autismului infantil Schopler este importantă datorită faptului că se bazează pe observarea directă a comportamentului copilului. Ea poate fi utilă în mod special pentru clasificare, cercetare; de asemenea, ea furnizează un rezumat descriptiv al comportamentelor patologice ale copilului.

6.3.5. Profilul Psiho-Educaţional Schopler (P.P.E.)

Profilul psiho-educaţional a fost conceput de E. Schopler şi R.J. Reichler în 1976 şi a fost revizuit în 1979.

Obiectivele acestui instrument sunt:
- evaluarea dimensiunilor importante de dezvoltare pentru copii (imitaţie, percepţie, motricitate fină, motricitate globală, performanţă cognitivă, integrare ochi-mână, limbaj) până la nivelul de funcţionare normal echivalent vârstei de 7 ani;
- evaluarea gradului de devianţă comportamentală;
- precizarea obiectivelor pedagogice ale unui program de intervenţie individualizată.

P.P.E. se aplică la copiii normali de vârstă preşcolară, la deficienţi mintali între 1-12 ani şi la copiii autişti.

Modul de administrare este următorul: evaluatorul îi cere verbal copilului să efectueze un număr de sarcini, care sunt legate de dimensiunile importante ale dezvoltării. În măsura în care copilul este incapabil să realizeze sarcina, examinatorul îl ajută mimându-i-o. În cazul unui nou eşec al copilului, adultul îi arată copilului cum să procedeze. În ultimă instanţă, examinatorul execută împreună cu copilul acţiunile care compun sarcina.

Examinatorul stabileşte astfel, în cursul observaţiilor, o veritabilă relaţie cu copilul, încercând să-l determine pe acesta să reuşească de mai multe ori în realizarea sarcinii. El urmăreşte întărirea permanentă a reuşitei copilului, chiar dacă aceasta este minimă.

Sesiunea de evaluare oferă ocazia determinării ritmului de învăţare al subiectului. Examinatorul poate evalua şi competenţa socială a copilului, observând măsura în care comportamentul său se schimbă când adultul îşi modifică vocea (intensitate, intonaţie) sau îşi transformă fizionomia.

Administrarea testului trebuie să aibă loc în condiţii optime, într-un interval de 35-75 minute de interacţiune cu subiectul. Materialul utilizat este construit în manieră atractivă, susceptibil de a crea o relaţie de cooperare cu copiii reticenţi. Prezentarea itemilor este stabilită în funcţie de o ordine secvenţială de dificultate.

În ceea ce priveşte **conţinutul** *P.P.E.*, acesta constă dintr-o scală de evaluare a dezvoltării şi o scală de devianţă.

A. Scala de evaluare a dezvoltării este compusă din 95 itemi care sunt repartizaţi în 7 sectoare.

1) *Imitația:* 10 itemi măsoară capacitatea copilului de a imita comportamente verbale și motorii. Aceste abilități de imitare sunt nu numai modalități de bază în achiziția limbajului, dar demonstrează și existența unei capacități de a întreține relații interpersonale.

2) *Percepția:* 11 itemi măsoară funcționarea percepției vizuale și a celei auditive. Abilitățile perceptive permit integrarea informațiilor senzoriale și contribuie la descoperirea și construirea mediului înconjurător. Ele sunt în mod special deficitare la copiii autiști, care au dificultăți în integrarea ansamblului de stimuli din mediu și în a-și construi în manieră coerentă lumea care îi înconjoară.

3) *Motricitatea fină:* 10 itemi permit evaluarea abilităților existente în mod normal la un copil în cadrul activităților de autonomie și de joc.

4) *Motricitatea globală:* măsurată de 11 itemi. Abilitățile puse în discuție sunt cele care dezvoltă atenția copilului și ușurează locomoția.

5) *Integrarea ochi-mână:* 14 itemi măsoară în același timp coordonarea ochi-mână și motricitatea fină, competențe esențiale pentru stăpânirea scrisului și a desenului.

6) *Performanța cognitivă:* 20 itemi evaluează înțelegerea limbajului, fără a necesita un răspuns verbal explicit. Abilitățile cognitive vizate reflectă capacitatea copilului de a organiza mediul, cu scopul formării conceptelor și categorizării ideilor.

7) *Cognitiv-verbal:* 19 itemi permit evaluarea limbajului expresiv al copilului. Abilitățile verbale facilitează interacțiunile cu mediul și, de asemenea, reprezintă competențe de gândire.

B. Scala de devianță este constituită din 44 itemi destinați identificării comportamentelor deviante și psihotice. Scala evaluează următoarele 5 dimensiuni:

1) afectivitatea,

2) relația, cooperarea, interesele umane,

3) jocul și interesul față de obiect,

4) modalitățile senzoriale,

5) limbajul.

Itemii scalei de devianță permit compilarea observațiilor comportamentale în momentul bilanțului evaluativ. Examinatorul trebuie să înregistreze reacțiile și comportamentele insolite și bizare pe parcursul observației.

În privința **administrării,** consemnele apar sub forma unei ierarhii specifice:

a. Copilului i se prezintă consemnul verbal.
b. I se prezintă sarcina cu suport vizual (examinatorul mimează sarcina).
c. I se demonstrează cum este realizată sarcina (examinatorul realizează sarcina împreună cu copilul).
d. Se execută împreună cu copilul diferitele acțiuni care compun sarcina.

Pentru *P.P.E.* se utilizează două tipuri de **notare.** Un prim sistem de notare permite evaluarea performanței instrumentale a subiectului (evaluarea dezvoltării). Cel de al doilea sistem permite determinarea gradului de devianță comportamentală a subiectului (evaluare comportamentală).

Sistemul de notare a itemilor de dezvoltare este divizat pe trei nivele:

1) "Reușită": copilul execută sarcina la simpla comandă verbală a examinatorului, fără nici un ajutor (a).

2) "Emergență": copilul poate realiza sarcina după un ajutor vizual (b), o demonstrație (c) sau chiar o acțiune convergentă cu examinatorul (d). Dacă este necesară repetarea demonstrațiilor înainte de executarea sarcinii, performanța este considerată emergentă.

3) "Eșec": copilul se dovedește incapabil de a realiza orice componentă a sarcinii. Nu începe executarea sarcinii nici după demonstrații repetate.

Sistemul de notare a itemilor de devianță depinde de judecata clinică a examinatorului. Rezultatele sunt evaluate în funcție de gradul de severitate sau de frecvența comportamentului deviant. Un comportament deviant specific poate fi absent, ușor sau sever:

1) "Absent"

2) "Ușor": comportamentul nu corespunde vârstei cronologice a subiectului, ci se aseamănă cu cel al unui copil mai mic.

3) "Sever": intensitatea comportamentului, calitatea sau caracteristicile sale prezintă un caracter bizar, diferit sau neobișnuit.

Se utilizează un **formular** pentru înregistrarea performanței copilului. Acesta este conceput în funcție de materialul folosit și de sarcinile care trebuie îndeplinite. Materialul și sarcinile sunt numerotate crescător în partea stângă a formularului. Denumirile dimensiunilor devianței și ale aspectelor dezvoltării sunt înscrise vertical, în partea de sus a paginilor formularului. Pentru fiecare din sarcinile numerotate, notarea se face în căsuța cu linii îngroșate. Examinatorul înscrie R, Em, E (reușită, emergență, eșec), dacă este vorba de itemii de dezvoltare și A, U, S (absent, ușor, sever), dacă este vorba de itemii de devianță. Pentru facilitarea calculului total al performanței, au fost incluse căsuțe în partea de jos a formularului, pentru înscrierea scorurilor.

Un profil permite reprezentarea grafică a scorurilor. Profilul este format din două părți, prima fiind constituită dintr-o diagramă circulară împărțită în 5 secțiuni, reprezentând rezultatele scalei de devianță. Partea a doua este constituită dintr-o histogramă reprezentând scorurile dimensiunilor legate de dezvoltare.

În ceea ce privește **interpretarea rezultatelor,** profilul obținut la cele 7 dimensiuni ale funcționării instrumentale furnizează informații pertinente despre natura dificultăților unui copil. Când un copil se găsește la un nivel inferior față de cel al vârstei sale cronologice, diferența între deficiența mintală și psihoză se reflectă, cel mai adesea, în acest profil. Profilurile copiilor psihotici prezintă inegalități între dimensiuni. Profilurile deficienților mintali prezintă, din contră, o distribuție relativ egală, în privința răspunsurilor emergente și a nivelurilor de funcționare.

În plus, profilul oferă o primă indicație în ceea ce privește intervenția educativă care va trebui concepută și succesul învățării.

Profilul psiho-educalional Schopler are meritul de a realiza o individualizare maximă a evaluării, în scopul conceperii unei intervenții educative adecvate. Este unul din puținele teste, alături de *ECA* și scala de evaluare a autismului Schopler, care permit o evaluare a dezvoltării copiilor autiști și a copiilor prezentând un retard mai pronunțat, care sunt considerați în mod obișnuit ca "netestabili", dată fiind reticența, instabilitatea și lipsa lor de atenție.

*6.3.6. **Scala de evaluare a tratamentului în autism*** *- Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)*

Această scală a fost elaborată de Autism Research Institute (ARI) şi constituie o procedură de evaluare pe Internet. Deşi a fost concepută în scopul evaluării eficacităţii diverselor tratamente folosite în autism, poate fi utilă şi în scop diagnostic.

Scala cuprinde patru domenii ale vieţii psiho-sociale, fiecare alcătuit dintr-o serie de itemi, iar tipurile de răspuns sunt: F - fals, P - parţial adevărat, A - adevărat.

I. Vorbire/Limbaj/Comunicare

1. Îşi cunoaşte numele
2. Răspunde/reacţionează la "Nu" sau la "Stop"
3. Poate urmări unele comenzi
4. Poate folosi un cuvânt odată
5. Poate folosi două cuvinte succesiv
6. Poate folosi trei cuvinte succesiv
7. Cunoaşte 10 sau mai multe cuvinte
8. Poate folosi propoziţii cu patru sau mai multe cuvinte
9. Explică ceea ce doreşte
10. Pune întrebări cu semnificaţie
11. Vorbirea poate fi relevantă/cu sens
12. Deseori foloseşte câteva propoziţii succesive
13. Poate purta o conversaţie relativ normală
14. Are abilităţi normale de comunicare pentru vârsta lui

II. Sociabilitate

1. Pare a se afla într-o "cochilie" - inaccesibil
2. Îi ignoră pe ceilalţi
3. Când cineva i se adresează nu este deloc sau aproape deloc atent
4. E necooperant şi rezistent la contacte sociale
5. Contact vizual absent
6. Preferă să fie lăsat singur
7. Nu manifestă afecţiune
8. Nu îşi salută părinţii
9. Evită contactul cu ceilalţi

10. Nu imită
11. Nu îi place să fie luat şi strâns în braţe
12. Nu împărtăşeşte şi nu arată nimic
13. Nu face "tai-tai"
14. E dezagreabil/neascultător
15. Are accese de furie
16. Nu are prieteni
17. Rareori zâmbeşte
18. E insensibil la sentimentele altora
19. Îi este indiferent dacă este apreciat
20. Este indiferent la plecarea părinţilor

III. Conştiinţă senzorială/cognitivă

1. Răspunde la propriul nume
2. Răspunde la laude, aprecieri
3. Se uită la persoane, la animale
4. Se uită la imagini (inclusiv T.V.)
5. Desenează, colorează, pictează
6. Se joacă adecvat cu jucăriile
7. Are o expresie facială adecvată
8. Înţelege poveştile la T.V.
9. Înţelege explicaţiile
10. E conştient de mediul înconjurător
11. E conştient de pericole
12. Are imaginaţie
13. Iniţiază activităţi
14. Se îmbracă singur
15. Este curios, interesat
16. Explorează ceea ce are în jur
17. E ancorat în mediu - nu pierdut în spaţiu

IV. Sănătate/Comportament/Condiţie fizică

1. Îşi udă patul
2. Îşi udă pantalonii/scutecele
3. Îşi murdăreşte pantalonii/scutecele

4. Are probleme/tulburări ale somnului
5. Mănâncă prea mult/prea puţin
6. Are o dietă extrem de limitată
7. E hiperactiv
8. E letargic
9. Se loveşte sau se răneşte des
10. Îi loveşte sau îi răneşte pe alţii
11. Are tendinţe distructive
12. E insibil la sunete/zgomote
13. E anxios/temător, fricos
14. Are un aspect nefericit
15. Are accese de furie
16. Prezintă o vorbire de tip obsesiv
17. Prezintă rutine rigide
18. Ţipă, urlă des
19. Doreşte ca lucrurile să rămână neschimbate
20. E deseori agitat
21. Este insensibil la durere
22. Are fixaţii legate de anumite obiecte
23. Face mişcări repetitive

6.4. Importanţa procesului evaluării

1. *Evaluarea contribuie la elaborarea proiectului terapeutic*

Într-un prim timp al elaborării proiectului terapeutic, diferitele evaluări furnizează date comportamentale neuropsihologice care contribuie la alcătuirea unui profil individual al copilului. În funcţie de nivelul de dezvoltare şi de interesele copilului, dar şi de tulburările particulare, sunt definite obiectivele ale căror realizare este progresivă: de exemplu, controlul agitaţiei şi al nerăbdării, prin propunerea unor exerciţii scurte de imitaţie, schimbul elementar de obiecte prin exerciţii de "a da - a lua".

Modificările comportamentului şi progresele neuro-cognitive trebuie evaluate în mod regulat: rezultatele acestor evaluări constituie o

nouă bază pentru eventuale ameliorări şi/sau reorganizări ale proiectului terapeutic.

2. *Evaluarea poate să contribuie la prevenirea unor distorsiuni relaţionale precoce*

Deseori dificultăţile repetate în stabilirea relaţiilor între copil şi anturajul său pot fi foarte precoce, dar pot rămâne discrete şi subtile. Ele pot să compromită însă progresiv relaţiile mamă-copil şi să antreneze distorsiuni ulterioare severe.

Evaluarea contribuie nu numai la identificarea precoce a tulburărilor, ci şi la furnizarea unor indicaţii destul de precise familiei pentru ca aceasta să încerce să amelioreze aceste disfuncţionalităţi.

Proiectele terapeutice destinate copilului au în general ca obiective îmbunătăţirea calităţii contactelor vizuale şi posturale, o acceptare mai pronunţată a prezenţei altora şi diminuarea frecvenţei comportamentelor motorii inadecvate şi a celor stereotipe.

Şedinţele de terapie individuală îi sunt propuse copilului, dacă este posibil, în prezenţa mamei. Alegerea diverselor situaţii utilizate pentru realizarea obiectivelor şi derularea şedinţelor depind de diferite elemente de evaluare: nivelul dezvoltării motorii, mintale, a limbajului, intensitatea semnelor funcţionale (atenţie, percepţie). În funcţie de caz, exerciţiile se pot axa mai degrabă pe prelimbaj, pe motricitatea fină şi globală sau pe manipularea simbolică a jucăriilor.

3. *Evaluarea psihologică contribuie la evaluarea eficacităţii terapeutice*

Fiecare dintre instrumentele utilizate în cadrul explorării funcţiilor neurocognitive, neurofiziologice, permite şi evaluarea eficacităţii terapiei. Consecinţele acestor evaluări sunt reajustările psihoeducative sau farmacologice constante. Astfel, un copil stabilizat pe plan comportamental poate să acorde o atenţie mai mare persoanelor din jur, să-şi amelioreze schimburile cu acestea şi să realizeze obţinerea acelor abilităţi sociale care îi vor facilita autonomia.

În domeniul farmacologic este posibilă prefigurarea unor ajustări de doze, prin modificarea schemei terapeutice, prin repartiţia dozelor de medicamente pe zi.

În domeniul psihoeducativ pot fi abandonate parțial sau total anumite exerciții și pot fi propuse altele noi, mai adecvate. Efectuarea unor noi evaluări permite notarea eficienței acestor ajustări.

Examenul psihologic al copiilor autiști este fără îndoială indispensabil, fiind util deopotrivă în diagnosticare și terapie. El se înscrie în perspectiva teoretică a psihologiei dezvoltării cuprinzând instrumente de evaluare *clasice* și *specifice (clasice,* pentru determinarea nivelului și profilului dezvoltării copilului; *specifice,* pentru explorarea funcțiilor cognitivo-sociale care sunt alterate în mod special). Aceste evaluări furnizează orientarea proiectului terapeutic individualizat și permit totodată aprecierea eficacității tratamentelor.

6.5. Evaluarea "ecologică" a unui copil autist

Așa cum se cunoaște deja, Kanner (1943) a descris 11 copii prezentând o serie de simptome neobișnuite a fi reținute în acea perioadă. Unele dintre acestea se refereau la probleme alimentare, la o apreciere deosebită pentru muzică, la o memorie ieșită din comun, la o dezvoltare motorie întârziată, un coeficient de inteligență care putea ajunge la 140, la inversiunea pronominală, aceste simptome nefiind însă prezente la toți copiii descriși. Exista, cu toate acestea, o trăsătură autistică ce era caracteristică și care includea incapacitatea de a stabili relații cu ceilalți, înlocuită de relaționarea obsesivă cu unele obiecte, dorința de menținere a unui mediu neschimbat și dificultăți de comunicare, luând forma mutismului sau ecolaliei.

Așa cum afirmam, cercetări mai recente asupra autismului confirmă în mare măsură observațiile lui Kanner și, cu toate controversele marcate asupra etiologiei și terapiei autismului, se poate spune că există la ora actuală o "concepție clasică" legată de comportamentul copiilor autiști, care derivă în mod esențial din trei surse: examinările psihiatrice instituționale, cercetările de laborator și informațiile obținute de la părinți.

Studiul prezentat în cele ce urmează inițiat de Lichstein (1976) examinează un copil autist dintr-o perspectivă ecologică, fiind vorba de observații realizate în mediul vieții sale cotidiene. În afara culegerii

informaţiilor despre comportamentul "natural" al unui astfel de copil, scopul studiului include şi aplicaţiile clinice ale acestei abordări evaluative, precum şi măsura în care comportamentul copilului este dependent de situaţie, reacţiile, răspunsurile observate şi legăturile existente între acestea, în vederea construirii unui program educativ coerent şi util.

Copilul în cauză este un băiat, care în momentul introducerii terapiei avea 5 ani şi 3 luni. Sora mai mare cu 3 ani, descrisă ca un copil sensibil şi predispus la crize de furie, esenţialmente normală, frecventează o şcoală normală. Tatăl este absolvent al unui colegiu, iar mama este absolventă de liceu, familia aparţinând clasei de mijloc.

Atât sarcina, cât şi naşterea s-au desfăşurat normal. Părinţii afirmă faptul că nu au constatat existenţa vreunei probleme în primul an de viaţă al copilului. Ei îl descriu ca pe un sugar liniştit, uşor de îngrijit, cu obişnuita emitere de vocalize caracteristică oricărui copil.

De asemenea, părinţii nu-şi amintesc existenţa vreunei tendinţe de a face gesturi inadecvate, în momentul în care îl luau în braţe.

La aproximativ 1 an, părinţii au devenit conştienţi de balansările din ce în ce mai frecvente ale copilului; acesta a început să meargă doar la 18 luni, vârstă până la care limbajul nu se dezvoltase. Medicul de familie a semnalat cazul în momentul în care copilul avea 2 ani. La această vârstă, el părea să nu răspundă la solicitările anturajului şi în general, la mediul care-l înconjura. S-a pus problema unei surdităţi posibile, dar aceasta a fost exclusă în urma testării audiologice. A fost momentul în care diagnosticul de autism infantil a fost luat în discuţie pentru prima dată. Copilului i-au fost făcute o serie de examinări: studiu cromozomial, studiul aminoacizilor, EEG, o analiză a nucleopolizaharidelor, toate acestea dovedindu-se a fi negative.

Pe parcursul unui an, între 2 ani şi jumătate şi 3 ani şi jumătate, copilul a fost integrat într-un program intensiv de modificare a comportamentului, tratamentul având însă efecte minime. S-a încercat şi un tratament medicamentos cu o serie de neuroleptice şi psihotrope, dar şi acestea au fost relativ inutile, cu excepţia Ritalinului, care conform spuselor mamei, i-ar fi crescut hiperactivitatea. În momentul efectuării studiului, copilul nu este supus vreunui tratament medicamentos.

Cu aproximativ 4 luni înainte ca acest studiu să debuteze, copilul a fost inclus într-un program terapeutic la o şcoală pentru deficienţi, unde a rămas timp de un an. Terminarea studiului coincide cu transferarea sa la un centru rezidenţial pentru copii autişti.

Părinţii îşi descriu copilul ca fiind rece din punct de vedere emoţional şi dezinteresat de contactele umane. Nivelul său de activitate este ridicat, copilul angajându-se frecvent în adoptarea unor posturi de tip ritualic. El manifestă un comportament autodistructiv şi de agresivitate faţă de partenerul uman, precum şi faţă de obiecte. În afara unor rare reprize ecolalice, el rămâne esenţialmente mut. Persistă însă problemele de igienă şi obiceiurile alimentare neadecvate.

Pentru a studia apariţia spontană a diverselor comportamente la acest copil, au fost observate o serie de activităţi de rutină, în trei medii diferite. Aceste medii erau relativ neasemănătoare şi au fost alese pentru a examina efectul pe care îl pot avea asupra comportamentului.

Acasă

Observaţiile au fost realizate în cursul după-amiezii târzii, în jurul orei 16.00, deoarece copilul sosea de obicei de la şcoală la ora 15.30. Perioada observaţiei s-a desfăşurat într-un timp relativ nestructurat. Sora mai mare se afla şi ea acasă în aproximativ 40% din perioadele de observaţie, iar în jumătate dintre şedinţele în care ea era prezentă, mai apărea şi cel puţin o prietenă a acesteia. Mama era fie implicată în treburi gospodăreşti, fie în diversele activităţi cu copilul, iar tatăl era rareori prezent.

Copilul era liber să se mişte prin casă şi să fie angajat în activităţi pe care şi le alegea singur. I s-a pus la dispoziţie o varietate mare de jucării, dar au fost stabilite şi o serie de reguli:

- nu avea voie să se preteze la acte agresive sau distructive;
- nu avea voie să deschidă frigiderul;
- nu avea voie să intre decât într-un singur dulap;
- nu avea voie să se dezbrace.

Specificarea regulilor în acest mediu, ca şi în celelalte, era necesară în scopul cotării opoziţiei (O) în sistemul de cotare a comportamentului. Primele 32 şedinţe de observaţie în acest mediu au fost efectuate zilnic, cu excepţia sfârşitului de săptămână. Ultimele 41

ședințe au fost realizate trei zile pe săptămână, luni, miercuri și vineri. În cursul studiului, unele observații au trebuit să fie anulate datorită unor cazuri de boală sau unor alți factori externi. În plus, studiul a inclus și două vacanțe de una, respectiv două săptămâni. În concluzie, pentru acest mediu, au fost înregistrate 73 ședințe, pe o perioadă de aproximativ 6 luni.

Școala (dimineața)

În acest mediu observațiile au fost realizate dimineața în jurul orei 10.00. În acest caz, situația de clasă era structurată; în fiecare ședință erau prezenți un profesor și în medie 3-5 alți copii. Copiii din clasă erau încadrați în grupe diferite de deficienți, clasificate în mare parte în funcție de retardul mintal. Copilul luat în studiu era singurul diagnosticat ca autist. Profesorul folosea metoda activităților de grup în jurul unei mese rotunde, reducând preferințele idiosincratice printre copii și încurajând astfel și comunicarea.

Regulile impuse copilului în acest mediu au fost următoarele:

- nu avea voie să fie angajat în activități agresive sau distructive;
- când clasa era angajată în activități în jurul mesei, nu avea voie să-și părăsească locul fără permisiunea specială a profesorului;
- nu avea voie să recurgă la autostimulare neobișnuită.

Observațiile au fost efectuate în două secvențe: prima a început aproximativ la o săptămână după ce au debutat cele de acasă, continuând pentru o perioadă de cinci săptămâni (22 ședințe). Cea de a doua secvență a continuat pentru aproximativ opt săptămâni (20 ședințe), încheindu-se odată cu studiul, observațiile având loc 3 zile pe săptămână. Au fost folosiți doi profesori diferiți în cele două secvențe, structura clasei rămânând aceeași. S-au înregistrat în total 42 ședințe în acest mediu.

*** Școala (după-amiaza)**

Observațiile au avut loc după-amiaza în jurul orei 13.30. În cea mai mare parte a fost vorba de o situație nestructurată, în care copilului i se acorda toată atenția, un profesor fiind desemnat să se ocupe exclusiv de el. În măsura în care condițiile meteorologice permiteau acest lucru, profesorul și copilul își petreceau timpul în aer liber. Copilul era practic

în permanenţă îndemnat să fie în mijlocul altor copii sau măcar în proximitatea acestora. În medie, în fiecare şedinţă 3 copii erau suficient de aproape pentru ca să apară o interacţiune socială. Şi aici, ceilalţi copii prezentau tipuri diferite de retardare mintală.

În acest mediu nu existau reguli, fiind vorba de un nivel mai ridicat de acceptare şi permisivitate.

Observaţiile au avut loc în aceleaşi zile ca cele de dimineaţă. Trei profesori diferiţi şi-au asumat responsabilitatea pentru copil în cele două secvenţe. În cea de a doua secvenţă, a fost introdusă o gustare de 10 minute pentru copil, la începutul fiecărei observaţii, fiind înregistrate în acest mod 42 şedinţe în acest mediu.

Sistemul de codare comportamentală

Sistemul de codare elaborat de Wahler, House şi Stambaugh (1977) a fost folosit în acest studiu, fiind considerat cel mai adecvat în condiţiile date. Cu toate acestea, datorită naturii idiosincratice a unor comportamente, unele aspecte ale definiţiilor categoriale originale au trebuit modificate pentru o evaluare corectă a comportamentelor. Au fost folosite 23 categorii, dintre care 16 descriu comportamentele-răspuns ale copilului şi 6 descriu comportamentele-stimuli ale adulţilor şi ale celorlalţi copii. O ultimă categorie *slash* indică faptul că nu au apărut răspunsuri cotabile în intervalul respectiv.

Sistemul de codare după Wahler, House si Stambaugh (1977)

Codul	Descrierea
Conformare (C) *Compliance*	Cotat pentru ascultarea, conformarea faţă de o comandă.
Opoziţie (O) *Opposition*	Cotat pentru opoziţia faţă de instrucţie sau nerespectarea unei reguli.
Opoziţie aversivă (O-) *Aversive opposition*	Cotat pentru agresiunea fizică îndreptată spre sine sau spre alţii, crize de furie violente.
Plânsete, lamentări (PL) *Complaint*	Cotat pentru scânceli, plânsete, rezistenţă fizică în faţa altor persoane sau a instrucţiei primite.
Autostimulare (AS) *Self-stimulation*	Cotat pentru manipularea repetitivă a unei părţi a propriului corp.
Jocul cu obiecte *(JO)Object play*	Cotat pentru manipularea repetitivă, fără scop, a unui obiect, jucării.

Codul	Descrierea
Noninteracţiune susţinută (NI) *Suslained Non-Interaction*	Cotat pentru absenţa interacţiunii semnificative cu obiecte sau persoane; ea trebuie să apară în intervalul de 10 secunde.
Vocalizare (V) *Vocalization*	Cotat pentru orice sunet audibil emis de copil, se cotează şi în cazul unui plânset, de asemenea tusa, strănutul; se poate cota împreună cu alte coduri de apropiere, dacă reprezintă răspunsuri la acestea.
Autostimulare neobişnuită (AN) *Unusual self-stimulation*	Cotat pentru manipulări neobişnuite ale propriului corp. În cazul copilului de faţă, este reprezentată de legănări ale corpului sau răsuciri ale degetelor fără motive aparente. Copilul poate să stea jos sau să fie în picioare în momentul cotării. De exemplu, el poate să-şi scarpine piciorul în timp ce se leagănă înainte-înapoi; se cotează atunci cu (AS) şi (AN).
Jocul susţinut cu jucării (JSJ) *Sustained Toy Play*	Cotat pentru folosirea obiectelor pentru joacă, nu simplul joc cu obiecte (JO).
Munca susţinută *Sustained Work* (MS) *Sustained school-work* (MSs)	Cotat pentru comportamente orientate către sarcină acasă sau la şcoală. Datorită apariţiei rare a acestor comportamente, s-au condensat într-o singură categorie (MS) şi (MSs).
Apropiere de adult (Aa) *Approach Adult*	Cotat pentru iniţierea de către copil a interacţiunii cu adultul.
Apropiere de copil (Ac) *Approach Child*	Cotat pentru iniţierea de către copil a interacţiunii cu un copil.
Interacţiune socială cu adultul (ISa) *Social Interaction with an Adult*	Cotat pentru răspunsul copilului la acţiunile adultului.
Interacţiune socială cu un copil (ISc) *Social Interaction with a Child*	Cotat pentru răspunsul copilului la acţiunile unui alt copil.
Slash (SL)	Simplu indicator; nu a apărut în intervalul respectiv vreun comportament cotabil.
Participare susţinută (PS) *Sustained Attending*	Cotat pentru urmărirea pasivă a unui eveniment.

Codul	Descrierea
Instrucție neaversivă a adultului (Ia+) *Nonaversive Adult Instruction*	Cotat pentru comenzile adultului.
Instrucție aversivă a adultului (Ia-) *Aversive Adult Instruction*	Cotat pentru comenzile date de către adult în manieră punitivă, ostilă.
Atenție socială neaversivă a adultului (ASa+) *Nonaversive Adult Social Attention*	Cotat pentru interacțiunea socială a adultului cu copilul, fără includerea instrucțiilor (Ia+) și (Ia-).
Atenție socială aversivă a adultului (ASa-) *Aversive Adult Social Attention*	Cotat pentru interacțiunea adultului cu copilul, în manieră ostilă, punitivă.
Atenție socială neaversivă a unui copil (ASc+) *Nonaversive Child Social Attention*	Cotat pentru interacțiunea altui copil cu subiectul.
Atenția socială aversivă a unui copil (ASc-) *Aversive Child Social Attention*	Cotat pentru interacțiunea ostilă a altui copil cu subiectul.

Comportamentele au fost înregistrate în funcție de apariția lor într-un interval de 10 secunde, cu un interval de 5 secunde pentru înregistrarea care separă fiecare interval de observație. Comportamentele care apăreau în aceste 5 secunde nu au fost luate în considerare. Fiecare ședință de observație a durat aproximativ 30 minute, fiind înregistrate 120 asemenea ședințe.

În cursul studiului, observațiile au fost înregistrate de către 7 studenți, cărora le-au fost necesare aproximativ 15 ore de instruire pentru cunoașterea definițiilor și procedurilor de observație. Observatorii au avut obligația de a se face cât mai puțin remarcați, minimalizând astfel valoarea lor stimulativă, trebuind să stea cât mai departe de copil, aproximativ 3 m, evitând și contactul vizual cu copilul, ignorând orice încercare de apropiere din partea acestuia.

Analiza datelor şi rezultate obţinute

În cadrul studiului s-a realizat o examinare a covarianţei între comportamente de-a lungul şedinţelor pentru analiza clasei răspunsurilor şi a interacţiunilor stimul-răspuns. S-a folosit în acest scop o analiză de clusteri.

Datele au fost reprezentate de procentajul apariţiilor pentru fiecare categorie în fiecare şedinţă. În medie, două sau trei intervale nu au fost înregistrate în fiecare şedinţă, datorită faptului că subiectul a fost temporar pierdut din vedere sau datorită altor factori externi. Frecvenţa distribuţiei procentajelor, apariţiei lor pentru fiecare categorie nu a respectat cerinţele unei distribuţii normale. În consecinţă, datele au fost normalizate prin metoda medianei, prin convertirea la scoruri T. În fiecare mediu, un număr de categorii au fost omise din analiza de clusteri. Acele comportamente care nu au apărut în cel puţin 75% din şedinţe şi al căror procentaj de apariţie mediu pe sesiune a fost mai mic de 2% au fost prea asimetrice pentru a fi normalizate. Aceste comportamente erau, în esenţă, absente din repertoriul copilului şi nu se găseau în covarianţă cu răspunsul măsurat sau cu stimulul.

Pentru a investiga în continuare problemele legate de variabilitatea comportamentului copilului inter- şi intramediu, s-au folosit şi corelaţii Spearman şi *test t*. Aceste metode s-au utilizat în două moduri: pentru a compara frecvenţa comportamentelor între medii şi în cadrul mediilor.

Au fost utilizate o serie de proceduri empirice pentru creşterea clarităţii prezentării şi pentru înţelegerea mai bună a datelor. S-a urmărit frecvenţa noninteracţiunii susţinute (NI) pentru ilustrarea fluctuaţiilor zilnice ale unui comportament specific pentru copil.

Comportamentul acestui copil autist se găseşte în relaţie de variantă cu noţiunea clasică de autism. La niveluri succesive de analiză, de la corelaţiile Spearman, la *testele t* şi la analiza de cluster, variabilitatea comportamentului copilului devine din ce în ce mai vizibilă. În timp ce comportamentele patologice sunt în general acuzate, iar cele constructive sunt destul de rare, comparaţiile între categoriile comportamentale atât în cadrul mediilor cât şi între medii au demonstrat existenţa schimbărilor marcate.

Impresiile informale derivate din petrecerea timpului cu copilul reflectă concluziile trase din datele analizei. La un moment dat acesta râde deoarece a văzut ceva caraghios, la un altul poate "lucra" intens la un obiect şi la un altul se poate balansa înainte şi înapoi, în timp ce fixează un anumit punct în spaţiu.

La acest copil nu a putut fi detectată o dorinţă de păstrare a mediului neschimbat; de asemenea, nu au apărut comportamente disruptive şi de lamentare, care ar rezulta dintr-o astfel de dorinţă obsesivă. În locul formulării unei concluzii conform căreia acest copil nu ar fi autist, se sugerează faptul că termenul autism nu reprezintă un sindrom comportamental monolitic, ci o diversitate comportamentală marcată de teme simptomatice care demonstrează existenţa unei variabilităţi între copiii autişti, în acelaşi sens în care copilul autist investigat prezenta variabilitate a comportamentului între medii.

Într-un studiu efectuat de Lovaas, Litrownik şi Mann (1971) s-a demonstrat faptul că, la o sarcină simplă de discriminare dată unor copii autişti, aceştia, în momentul în care nu executau acţiuni de autostimulare, deveneau mai conştienţi de stimulii externi, fiind deci mai receptivi faţă de aceşti stimuli. Se pare că aceşti copii pot procesa în mod adecvat anumiţi stimuli doar printr-o singură modalitate perceptivă (în acelaşi timp). Dacă însă sunt cuprinşi într-o activitate de autostimulare, tactilă sau kinestezică, stimularea vizuală sau auditivă este înregistrată parţial sau deloc.

O altă abordare a comportamentelor autostimulatorii poate fi făcută prin prisma luării în considerare a rolului atenţiei sociale neaversive a adulţilor (ASa+). Relaţia inversă dintre (ASa+) şi comportamentele patologice autostimulative neobişnuite acasă (AN), noninteracţiunea susţinută (NI) la şcoală dimineaţa şi autostimularea neobişnuită la şcoală după-amiaza necesită o atenţie generală, în special în privinţa consistenţei corelaţiei negative dintre (ASa+) şi (JO), (NI) şi (AN) în toate mediile. Atenţia îndreptată către mediu aduce după sine, la copilul studiat, o diminuare a comportamentelor patologice. Este posibil ca o creştere a (Asa+) să fie datorată perceperii copilului de către adult ca fiind mai receptiv în aceste perioade, răspunsul din partea adultului fiind corespunzător.

În acest caz, (Asa+) nu are un efect direct asupra apariției comportamentelor patologice. Sau (Asa+) ar fi putut apare în cursul comportamentelor patologice și să întrerupă secvența autostimulatorie, reîndreptând atenția copilului către mediu, în concordanță cu selectivitatea perceptivă. Ca o a treia explicație s-ar putea ca (Asa+) să fie prezentă în mod continuu, în absența varietății comportamentelor autostimulatoare, sugerând faptul că (JO), (NI) și (AN) au scăzut în intensitate prin reîntărirea diferențială a altor comportamente.

Expresia dragostei necondiționate și dezvoltarea relațiilor obiectuale între copilul autist și terapeut sunt procedurile de bază ale terapiei psihanalitice aplicate copiilor autiști în special de către Bettelheim (1967). Mai recent, o abordare analitică a tratamentului copiilor autiști, numită "terapie structurală", accentuează importanța întreruperii comportamentelor autostimulatorii ale copilului, așa cum arăta Ward (1972).

Deși constructele elaborate de scriitorii și cercetătorii psihanaliști nu au fost demonstrate, există o oarecare potrivire între pozițiile lor și fenomenele observate în acest studiu. Ceea ce s-a văzut în mod clar este faptul că, de exemplu, copilul investigat părea cel mai destins, cel mai "sănătos" în cadrul ședințelor desfășurate la școală după-amiaza. S-a sugerat, (deși faptul nu a fost demonstrat) că nivelul ridicat al (Asa+) a contribuit în mod semnificativ la îmbunătățirea stării copilului.

Concluzii

Abordarea "ecologică" a evaluării, bazându-se pe un spectru larg de comportamente în diferite medii, ia în considerare subiectul într-o manieră ignorată de tehnicile evaluative tradiționale. Rezultatele acestui studiu pot fi rezumate în următoarele idei:

1. Copilul autist luat în studiu manifestă o mare diversitate de comportamente în cursul timpului într-un anumit mediu dar și în mai multe medii.
2. Copilul manifestă o absență marcată a relațiilor cu alți copii non-autiști. El demonstrează o reacție de răspuns crescută față de adulți.

3. Au fost identificate clase de răspunsuri care reflectau o corelaţie inversă între comportamentele autostimulatoare şi capacitatea de atenţie şi răspuns la mediu a copilului.
4. Nivelurile crescute ale atenţiei sociale faţă de adulţi s-au dovedit a fi în strânsă legătură cu reducerea apariţiei comportamentelor autostimulatoare.
5. Programele de intervenţie ar putea anticipa creşterea inadvertenţă a unor comportamente indezirabile, însoţită de suprimarea planificată a altora.

Am ales în mod deliberat acest exemplu pentru a da măsura unui experiment complet în ceea ce priveşte observarea atentă, în condiţii de mediu diferite, a copilului autist. Numai pornind de la asemenea investigaţii multiple se poate ajunge la o terapie adecvată şi personalizată.

7. MODALITĂŢI TERAPEUTICE FOLOSITE ÎN AUTISMUL INFANTIL

Din multiplele cercetări realizate de-a lungul timpului a reieşit că autismul nu poate fi propriu-zis vindecat (cu toate că unii autori au afirmat contrariul), dar se poate evita cel puţin agravarea deficitului atât pe plan intelectual cât şi emoţional.

Copiii autişti, cu un deficit de dezvoltare, nu sunt probabil "vindecabili" pentru că "edificiul" este construit pe fundaţii şubrede. Dar şi aici există nuanţe, căci dacă originea autismului este metabolică sau imunitară, o intervenţie la nivelul chimiei celulare poate modifica evoluţia subiectului. Dacă originea este genetică, lucrurile se complică, intervenţia asupra cromozomilor fiind de domeniul viitorului. Tot ce se poate face în acest caz este prevenirea precoce a mamei (aşa cum se procedează în trizomia 21), aceasta urmând să ia decizia pe care o consideră adecvată.

Aşa cum aminteam mai sus, în funcţie de etiologia sindromului, multiple tratamente diferenţiale au încercat, într-o perspectivă realistă, dacă nu să vindece, cel puţin să reducă simptomatologia. Cercetările contemporane s-au axat îndeosebi tocmai pe circumscrierea mecanismelor etiologice, încercând, prin analize de fineţe, să individualizeze şi să propună terapii punctuale.

Astfel, Mary Coleman (1986) propune două categorii de terapii posibile. Mai întâi, este vorba de cele care vizează corectarea anomaliilor biochimice nespecifice ale sângelui, urinei, LCR sau ale celulelor, anomalii care pot avea raport cu boala, dar care nu sunt identificate ca factori etiologici subiacenţi. Există apoi tratamente care nu sunt absolut deloc specifice, ca majoritatea tratamentelor medicamentoase, destinate să corecteze simptomele clinice, indiferent de factorii etiologici.

Tratamentul autismului face apel la un demers multi-disciplinar, necesitând colaborarea medicului, a psihologului, a educatorului şi a părinţilor. Fiecare copil este o fiinţă umană diferită, fragilă şi sensibilă; el necesită, deci, o bază individuală de tratament, stabilită în urma unui

bilanţ medical adecvat şi a unor evaluări psiho-educative inteligente şi creative, chiar dacă refuzul subiectului autist de a coopera nu face decât să sporească dificultăţile problemei.

Obiectivul prioritar al oricărui tratament este ameliorarea condiţiilor de viaţă ale copilului. La majoritatea subiecţilor care prezintă semnele evidente ale unei întârzieri în dezvoltare, prima premisă a tratamentului ar putea fi încurajarea evoluţiei limbajului, a autonomiei şi a aptitudinilor sociale şi şcolare.

Un alt domeniu în care majoritatea copiilor autişti au nevoie de ajutor, este acela al ameliorării simptomelor comportamentale: hiperactivitatea, izolarea, stereotipia, autostimularea, agresivitatea sau comportamentele socialmente inacceptabile.

7.1. Tratamente destinate corectării anomaliilor biochimice

În domeniul biochimiei există astăzi două repere care au reţinut atenţia cercetătorilor şi au dus la elaborarea unei linii de tratament:

a. circuitul catecolaminelor şi al metaboliţilor lor în sânge;

b. metabolismul serotoninei.

Tentativele terapeutice destinate modificării traseelor catecolaminelor nu au dat însă rezultate deosebit de semnificative. Au fost efectuate o serie de experimente consacrate studiului vitaminei B_6 şi ale asociaţiei B_6 – magneziu asupra subiecţilor. S-a demonstrat astfel că piridoxina, cu sau fără magneziu, ar putea fi eficientă pentru controlul simptomelor clinice în cadrul unei subgrupe de copii autişti.

Studiile asupra metabolismului serotoninei au avut ca scop în unele cazuri, creşterea rezervelor, iar în altele scăderea acestora. Datorită complexităţii interrelaţiilor între neurotransmiţători şi multiplele etiologii ale autismului, nu este de mirare faptul că aspectele relevate în cercetare au apărut ca fiind contradictorii.

Cercetările legate de utilizarea vitaminei B_6 în tratamentul copiilor autişti au început în cursul anilor '60. Doi neurologi englezi, A.F. Heely şi G.E. Roberts au semnalat, în 1966, faptul că la administrarea unor doze masive de triptofan (cu titlu de încercare), 11 copii autişti din 19

secretau cantități anormale de metaboliți, fapt constatat din analizele de urină. Administrarea unui singur comprimat de 30 mg de vitamină B_6 la acești copii, a avut ca efect regularizarea urinei; nu a fost realizat însă nici un studiu comportamental pentru subiecții în cauză.

De asemenea, cercetătorii germani semnalează faptul că unii dintre pacienții lor autiști au dovedit o ameliorare considerabilă a comportamentului după ce li s-au administrat doze puternice de vitamina B_6 (100 până la 600 mg pe zi). Mai mult, în cadrul acestui studiu, trei dintre pacienți au vorbit pentru prima dată, ca urmare a ingerării vitaminei.

B. Rimland (1964) a realizat un studiu la o scară mai mare, în care a inclus 200 de copii autiști, cărora le-a administrat megadoze de vitamine B_6 și C, niacinamidă și acid pantotenic, combinate cu comprimate de multivitamine concepute special. La sfârșitul acestui studiu cu o durată de patru luni, a devenit evident faptul că din cele patru vitamine, vitamina B_6 a fost cea mai importantă. 30-40% dintre copii au realizat progrese semnificative, chiar dacă unii au avut manifestări secundare minore (iritabilitate, sensibilitate mai mare la sunete și enurezis). Aceste inconveniente s-au estompat însă rapid la administrarea unor suplimente de magneziu.

La un al doilea studiu realizat de același autor, administrarea vitaminei B_6 în asociere cu magneziu la 16 copii autiști a dus la concluzia că acestea au ca efect o ameliorare a contactului vizual, o diminuare a comportamentelor autostimulatorii, o creștere a interesului pentru lumea înconjurătoare, o diminuare a crizelor de furie și o dezvoltare a capacităților discursive. Nu este vorba aici de vindecare, ci doar de dobândirea unor manifestări mai apropiate de cele normale.

Studiile s-au răspândit cu repeziciune și în lumea științifică din Franța, G. Lelord și colaboratorii săi devenind, în urma propriilor experiențe, adepți ai acestei metode. Ei au măsurat nu numai comportamentul copiilor autiști, dar și cantitatea de acid homovanilic și a altor metaboliți secretați în urină. În plus, acești cercetători au efectuat o serie de studii în cursul cărora au fost analizate efectele vitaminei B_6 și ale magneziului asupra activității electrice a creierului subiecților. Fiecare din aceste analize a dovedit existența unor rezultate pozitive.

Vitamina C prezintă, de asemenea, numeroase avantaje pentru cortex şi pentru corp. S-a vorbit însă relativ puţin de potenţialul pe care îl deţine pentru prevenirea şi tratamentul autismului. Vitamina C se regăseşte în concentraţie ridicată în creier, dar nu este încă pe deplin elucidat rolul pe care îl joacă în funcţionarea cerebrală. Acest lucru nu este un impediment major deoarece se ştie că o carenţă de vitamina C determină ca prime semne confuzie şi depresie. Această vitamină permite creşterea cogniţiei, aşa cum s-a putut constata la copiii normali şi la cei trisomici, care au obţinut rezultate mai bune la testele de aptitudini intelectuale. Alte studii au demonstrat o ameliorare a EEG şi a atenţiei.

În general, se spune ca vitamina C joacă un rol important în creşterea rezistenţei la viruşi şi bacterii. Dar, se pare că este mai mult decât un agent antimicrobian. Studiile realizate recent au constituit încercări care au durat 30 săptămâni şi au constat în administrarea unor doze de 52 mg pe zi la 18 copii autişti (în vârstă de 6-18 ani). A fost notată o ameliorare marcată în plan statistic a rezultatelor. Care este însă doza adecvată care trebuie administrată? Nu se ştie cu certitudine, dar este propusă doza de "toleranţă intestinală" ca metodă de determinare a necesarului de vitamină C.

Studiile efectuate au relevat o serie de ameliorări în planul personalităţii la unii pacienţi cu diagnostic psihiatric, cărora li s-a administrat vitamina C. De exemplu, s-a constatat o ameliorare considerabilă a trăsăturilor depresive, maniace şi paranoide, precum şi o creştere a funcţionării globale a personalităţii. Cercetările au arătat că vitamina C ameliorează de asemenea starea pacienţilor suferind de depresie şi de psihoză maniaco-depresivă, care, în unele cazuri pot fi legate de autism în plan genetic.

7.2. Tratamente medicamentoase

Timp de mai multe decenii s-a încercat, prin tatonări, identificarea unor medicamente susceptibile să reducă unele simptome prezentate de copiii autişti. Datorită succesului obţinut cu ajutorul unor medicamente în schizofrenia adultului, cercetătorii au început să exploreze diverşi agenţi psiho-activi şi la copiii prezentând simptome psihiatrice, incluzând aici şi grupe de copii autişti. În tratamentul medicamentos al autismului, principiul aplicat este identic cu cel al oricărui fel de terapie:

cu cât copilul este mai mic, cu atât rezultatele sunt mai bune. De aceea, atâta vreme cât un medicament nu a fost încercat la copii foarte mici (2-3 ani), el nu poate fi eliminat ca tratament posibil.

În cursul anilor, încercările clinice ale unor medicamente din ce în ce mai sofisticate au permis o mai clară abordare a acestei modalități terapeutice. S-a demonstrat, de exemplu, că haloperidolul permite reducerea a două din principalele simptome ale autismului: izolarea și stereotipiile. O altă descoperire majoră a fost aceea că asocierea haloperidolului cu un antrenament comportamental al limbajului este superioară aplicării celor doua procedee luate separat. Se pare însă că haloperidolul are efecte secundare indezirabile pe termen lung. Unul dintre aceste efecte ar fi diskinezia tardivă, adică apariția unor mișcări involuntare anormale (coreiforme, atetozice, mioclonice, distonice).

În concluzie, se poate afirma că psihofarmacologia copiilor și adolescenților autiști rămâne încă în stadiu embrionar, neputându-se considera superioară altor tratamente.

7.3. Terapia psihanalitică

Francoise Dolto (1985), îmbrățișând concepția psihanalitică asupra autismului, afirmă că, de fapt, acesta nu există la naștere. El este "fabricat", se constituie ca un proces reactiv de adaptare în încercarea de realizare a identității. Aceasta este percepută ca o stare traumatizantă care îl face pe copil să-și piardă relația afectivă ce-l leagă de mamă sau îi împiedică evoluția senzorială. Evenimentul are loc fie în primele zile de viață, fie între 4-10 luni.

Depistat din timp, copilul este recuperabil, în concepția autoarei. Așa după cum am văzut, autistul se ascunde într-un climat solitar, în limbajul interior; el își pierde capacitatea de comunicare cu celălalt. Dar această stare de non-comunicare începe lent. Presupunând că, între 4-9 luni, s-a produs un eveniment (deseori acesta poate fi absența mamei, întreruperea bruscă a ritmului de viață insuficient motivată, sau pur și simplu un fapt inexplicabil de scurtcircuitare a relației), atunci când mama reușește să găsească toate detaliile evenimentului declanșator, ea poate să-și elibereze copilul de această stare, găsind momentul și cuvintele pentru a-i restitui relația pretraumatică.

Sfatul dat de F. Dolto vizează conştientizarea, prin limbaj, a evenimentului: "Fără a-l îmbrăţişa, înaintea somnului, spuneţi-i copilului ce s-a întâmplat". F. Dolto este de părere că inadaptarea, blocajul ce intervine, se datorează absenţei cuvintelor care să explice circumstanţele, dificultăţile prin care copilul sau/şi mama au trecut.

Copiii pot fi deci recuperaţi povestindu-li-se originea rupturii. Dacă însă le vorbeşte o altă persoană decât mama, ei sunt susceptibili să realizeze un transfer regresiv. Ei operează mai întâi un transfer de la relaţia cu mama la cea cu terapeutul, de care trebuie mai apoi să se debaraseze pentru a putea să intre în relaţie (fără a se ataşa în manieră regresivă) cu o altă persoană care va fi eventual tutelară. De aceea, relaţia cu terapeutul trebuie să fie doar una de comunicare verbală, nu şi una afectivă.

Psihanaliza nu exclude însă asistenţa socio-pedagogică pe care o necesită aceşti copii, deşi ei par, practic "impermeabili" şi dezvoltă chiar o fobie faţă de relaţiile care s-ar putea stabiliza. Am putea spune că se feresc să iubească şi să fie iubiţi.

Fiecare distorsiune a relaţiilor este de altfel exprimată la sugari prin tulburări funcţionale. La un copil mai mare, ea se traduce somatic. Dacă mama îl părăseşte, suferinţa copilului se poate exprima printr-o bronşită sau rinofaringită. El face deci o boală reactivă, iar aceasta este de fapt un semn de suferinţă psihică pentru ca starea congestivă se instalează în chiar locurile private de relaţia structurantă.

Mama (sau înlocuitoarea sa) va trebui să-i explice că este iubit în continuare, chiar dacă ea trebuie să plece, că nu-l uită şi că o anume persoană se va ocupa de el. Reacţiile la schimbare pot îmbrăca altminteri forme dramatice. Copiii pot face otite repetitive şi deveni semisurzi refuzând să audă că situaţia li se va schimba. Surditatea indusă va duce inevitabil la retardare.

Este mai uşor să previi decât să vindeci. Astfel, devine extrem de important ca nou-născutul sa audă inflexiunile vocii mamei sale, să îi simtă mirosul. Dacă mama trebuie să se odihnească şi altcineva îi ia locul pentru a-i da să mănânce, de exemplu, copilului trebuie să i se explice totul. Multe mame nu ştiu să le vorbească noilor născuţi despre ele şi sunt mirate când alte persoane realizează un raport de comunicare

cu nou-născutul. Nu de puţine ori, în atare situaţii, poate interveni gelozia mamei, teama de a pierde dragostea copilului; în loc să suplinească printr-un surplus comunicaţional relaţia carenţială, mama îşi păstrează atitudinea de non-comunicare.

Toţi autiştii sunt supradotaţi pentru relaţia umană şi totuşi ei se află într-un „deşert comunicativ". Autismul nu există la animale, el este specific uman. Aşa cum aminteam mai sus, el se instalează într-o carenţă relaţională. De aceea, există păreri conform cărora copiii alăptaţi suferă rareori de autism, acesta fiind mult mai frecvent la cei hrăniţi cu biberonul.

Citām cuvintele lui F. Dolto ce exprimă plastic universul acestui prezent-absent care este autistul: "Autiştii nu ştiu cine sunt, corpul nu le aparţine. Spiritul lor este nu se ştie unde. Ei sunt morţi când e vorba de realitatea celorlalţi şi foarte vii când e vorba de ceva de neatins, imaginar."

Bruno Bettelheim (1972), referindu-se la problema tratării autismului, afirmă că ceea ce contează din punctul de vedere uman este perspectiva care oferă cele mai multe şanse de uşurare a distresului copilului. În concepţia sa, cei care susţin teorii cauzale neurologice sau organice nu au obţinut rezultate semnificative în tratarea copiilor autişti. Bettelheim afirmă că după îndelungi cercetări şi experienţe realizate la Sonia Shankman Orthogenic School din Chicago, copiii luaţi în studiu au început să răspundă treptat la eforturile terapeutice psihanalitice, moment în care s-a tras concluzia că explicaţia psihogenică a autismului este una din cele mai convingătoare.

Această idee a câştigat teren în S.U.A. pe măsură ce psihicul copilului a reînceput parcurgerea treptelor necesare pentru formarea personalităţii. Când, în sfârşit, afectele "îngheţate" au început să se manifeste şi a început să evolueze o personalitate îmbogăţită, teoria legată de natura psihogenică a tulburării a mai făcut un pas înainte; în acest mod, cercetătorii instituţiei amintite au ajuns la concluzia că evenimente petrecute cu mult timp înainte sau altele, care au avut loc în prima lună sau primele săptămâni de şedere în şcoală, au fost extrem de semnificative pentru copil.

De asemenea, analizele efectuate asupra tratamentului aplicat copiilor au indicat faptul că unele din comportamentele lor simptomatice au fost trecute cu vederea, fie că nu conveneau personalului îngrijitor, fie că nu conveneau părinţilor; în aceste cazuri, nu s-au înregistrat progrese, iar prognosticul nu a putut fi decât pesimist.

7.4. Tehnicile educative

După cum bine susţine Catherine Milcent (1990) şi după cum aminteam anterior, orice educaţie începe prin evaluarea dezvoltării persoanei, în stadiul de la care se porneşte. În privinţa autismului, această evaluare este dificilă şi delicată, având în vedere absenţa motivaţiei sociale, tulburările de atenţie, eterogenitatea şi heteronomia capacităţilor; în aceste condiţii, este indispensabil să se înceapă prin reperarea intereselor autistului. Pentru aceasta, este suficient să observăm cu ce se ocupă copilul autist în mod spontan. Doua tipuri de activităţi sunt în acest sens demne de remarcat: cele care par să furnizeze un interes sau o motivaţie evidentă şi cele care par destinate să reducă un exces de stress sau de stimulare.

Ca şi pentru orice individ, scopul educaţiei autistului este de a-l face să atingă un maximum de autonomie şi de a-i permite stăpânirea satisfăcătoare a mediului în care trăieşte.

Orice proiect de dezvoltare trebuie să se facă prin includerea a trei întrebări:

1. Ceea ce vrem să obţinem se afla în sfera posibilităţilor persoanei autiste?
2. Pe ce interese şi motivaţii ne putem baza pentru a dezvolta anumite capacităţi?
3. Care sunt priorităţile?

Într-un prim moment, este mai prudentă limitarea la ambiţii modeste dar care pot să fie încununate de succes. Copilul autist are deja experienţe frustrante, ce vor trebui înlocuite treptat cu unele agreabile.

C. Milcent ia în considerare mai multe aspecte ce vizează o cât mai corectă abordare a unui copil autist în scopul de a-i oferi un ajutor eficient. Acestea sunt:

a. *Filtrarea a ceea ce este pertinent*

Atenţia selectivă a copiilor autişti este profund perturbată, ceea ce explică mişcările fără încetare sau, dimpotrivă, completa lor pasivitate, în ambele cazuri timpul fixării atenţiei fiind foarte scurt. Doar unele activităţi stereotipe par a fi căutate sau par să focalizeze atenţia, ocupând întregul câmp al conştiinţei. Dar tocmai aceste stereotipii şi obsesii sunt preţioase pentru practician.

Educaţia specială a copilului se bazează tocmai pe arta de a diminua stimulii în amonte, păstrându-i doar atunci când sunt pertinenţi, şi de a ameliora tratamentul acestei informaţii în aval.

b. *Asigurarea înţelegerii: simplificarea limbajului*

Informaţiile pertinente sunt prezentate una câte una, gata selectate, în funcţie de stadiul atins în dezvoltare şi chiar şi atunci când subiectul a ajuns la verbalitate, se utilizează imagini, fotografii, etichete care să prezinte simultan scopul final al acţiunii şi procedura secvenţială care permite atingerea acestui scop. In orice moment, persoana autistă trebuie să înţeleagă ceea ce se doreşte de la ea, ce reprezintă şi cât timp va dura activitatea. Dacă activitatea nu este în sine o sursă de plăcere, ea trebuie să fie însoţită în momentul încheierii de felicitări pronunţate cât mai empatic posibil şi urmată imediat de o destindere: jocul cu sforicelele favorite, învârtirea unei farfurii etc.

c. *Multiplicarea intereselor, motivarea*

Orice "artificiu" ce poate amuza copilul va fi utilizat pentru reţinerea atenţiei. Orice activitate terminată va fi "sărbătorită" prin mimarea satisfacţiei, prin mângâieri verbale, uneori prin mici recompense.

d. *Coerenţa, necomplicarea vieţii*

Una din dificultăţile cognitive ale copiilor autişti este capacitatea lor limitată de a forma reprezentări, imagini, şi de a extrage concepte, prototipuri, reguli sau legi. La persoanele autiste, limbajul înseamnă mai mult "senzaţie" decât concept; este deci mai dificil uneori pentru interlocutor să-şi dea seama ce a fost reţinut în afara contextului de codare. De aceea este indispensabilă existenţa circulaţiei informaţiilor, în mod fluid, între diferitele persoane şi locuri frecventate de autist, în aşa fel încât ele să revină neîncetat ca permanenţe, repere stabile şi securizante.

e. *Extragerea și aplicarea regulilor*

Conceptul presupune absența obiectului; el impune deci formarea și memorizarea unei reprezentări, a poziției sale în raport cu categoriile deja formate, legate de semnificație, formă sau consonanță.

Generalizarea implică nu numai conceptualizare, dar și recunoașterea conceptului în alte situații. La persoana autistă, când *MLD* (memoria de lungă durată) ajunge să fie activată, ea reduce informațiile extra-contextuale ca atare. Limbajul este perceput fără înțelegerea analogiilor, metaforelor, deci în absența dimensiunii figurate. Dificultatea de analiză, de extragere a figurii din context, considerat ca fond, și capacitatea de a efectua operația inversă, atribuirea unui sens grație contextului, determină ca la copilul autist generalizarea și particularizarea să fie considerate "eroice".

f. *Cum pot fi/deveni spațiul sau timpul "semnificative"?*

În primul rând, trebuie să se asigure o recurență a spațiului, o stabilitate care să-l facă previzibil. La copilul autist, spațiile funcționale trebuie să fie foarte bine folosite: spațiul de lucru, de destindere, de joacă etc. Autistul va trebui să învețe foarte bine ce se așteaptă de la el în aceste spații, convenționale pentru alții dar nu și pentru el. Progresiv, spațiul va deveni astfel funcțional în loc să fie confuz și haotic.

Ca și spațiul, timpul va trebui să fie perceput corect. Conceptele, categoriile lui vor fi semnificate prin: hârtiuțe lipite, cercuri în jurul zilelor săptămânii etc. Din moment ce percepția autistului produce aranjamente diferite de ale noastre, ceea ce este esențial este simplificarea noțiunilor la care se subliniază doar ceea ce este important pentru scopul urmărit.

Copilul autist nu "bombardează" cu întrebări ca și cel normal și de aceea este deseori "subalimentat" cu informații. Aceasta nu înseamnă că, ținând cont de toate cele afirmate mai sus, el nu trebuie să beneficieze de o „baie informațională" adaptată capacității sale de percepere.

g. *Dezvoltarea limbajului*

Când este vorba de autism, este indispensabil ca evaluarea comprehensiunii și expresiei verbale să fie efectuată de persoane competente deoarece limbajul ecolalic dă întotdeauna iluzia unei stăpâniri superioare celei existente de fapt.

Orice program de dezvoltare trebuie deci să înceapă printr-o cântărire riguroasă a înțelegerii fine a conceptelor, a categoriilor gramaticale (verbe, adjective, prepoziții), a sensului contextual al limbajului și a gradului de conversație. Copilul autist verbal repetă "pachete" de cuvinte nesegmentate sau rău segmentate, care nu au adesea decât un raport foarte îndepărtat cu sensul lor. Deseori, aceste fraze par bine elaborate din punct de vedere sintactic, chiar dacă sunt bizare prin inversările pe care le propun.

Toate conceptele trebuie verificate ca purtătoare ale sensului tradițional pentru că de multe ori, mai ales când limbajul este abundent, cuvintele sunt cele uzuale, dar sensul lor se referă la niște codaje idiosincratice care pot fi interpretate doar de cei apropiați. Trebuie să ne asigurăm că autistul înțelege sensul cuvintelor, punându-l să indice obiectul cu degetul sau să aducă un anume obiect.

În general, copiii autiști verbali reușesc să achiziționeze un număr mare de substantive desemnând obiecte concrete (hrană, mobilier), dar verbele apar mai greu. Adjectivele sunt rareori izolate și nu-și dobândesc valoarea reală decât mult mai târziu. Chiar dacă vocabularul este relativ însușit, copilul autist utilizează greu contextul pentru a-și verifica ipotezele. În afara sensului intrinsec al cuvintelor, specialistul va trebui să verifice, atât pentru limbajul vorbit cât și pentru cel scris, dacă nu există o hiperlexie fără comprehensiune (utilizarea unui vocabular aparent bogat, dar fără semnificație).

Pentru a-l putea ajuta pe copilul autist să codeze un cuvânt în mod corect, trebuie în primul rând să pătrunzi în lumea lui ca să știi ce a văzut, cum a perceput obiectul sau/și ce l-a interesat în legătură cu acesta; în același timp însă, trebuie să rămâi vigilent, căci obișnuința de a-l înțelege pe autist se dobândește rapid, ca și adaptarea la acest nou limbaj, omițându-se corectarea greșelilor, fapt care duce la stagnare.

h. *Să-l ajutăm să "fie " și să "trăiască"*

Se fac deseori confuzii între lipsa sociabilității și afectivitate. De fapt, la autiști nu lipsește dorința socială și cu atât mai puțin afectivitatea, în afara primului an de viață în care sugarul manifestă fie indiferență, fie anxietate ca răspuns la solicitarea umană. Afectivitatea funcționează însă într-o manieră arhaică, după legea acelui "totul sau

nimic", fără nici o modelare. Autistul este deseori înduioşător, pentru că este patetic. De cele mai multe ori, i se iartă maniile, accesele tiranice, egoismul, manierele sălbatice, deoarece impresionează în momentul când pare pierdut din cauza emoţiei.

Copilul autist trebuie ajutat tocmai de aceea să-şi identifice propriile trăiri emoţionale şi să le recunoască la alţii. Emoţia poate fi analizată cu ajutorul unor portrete, expresii, se poate realiza chiar o mică bandă desenată în care contextul determină veselia sau tristeţea personajului. Mimicile trebuie amplificate prin jocuri de rol atrăgându-se atenţia copilului că "ne prefacem că...". De fiecare dată, emoţiile vor fi numite cu toată gama de nuanţe pe care o poate înţelege copilul până la completa lor înţelegere.

Sociabilitatea nu se dezvoltă, decât în măsura în care subiectul autist se simte în siguranţă cu cineva şi cu sine, iar relaţia cu interlocutorul este motivantă pentru el.

7.5. Terapia comportamentală

7.5.1. Rezultate pe termen lung la copiii autişti care au beneficiat de tratament precoce intensiv

După cum remarcam în partea introductivă a cărţii, consideraţiile comportamentaliste au contribuit considerabil nu numai la o mai bună definire şi circumscriere a autismului (Rutter, 1970 şi Lotter, 1978), dar şi la dezvoltarea unor terapeutici cu rezultate certe pe care le susţin dovezi recente întâlnite în literatura de specialitate.

Terapia comportamentală urmăreşte cu precădere îmbunătăţirea deprinderilor comportamentale adaptative ca, de exemplu, comunicarea şi descurajarea comportamentelor distructive, de tipul agresivităţii.

În 1987, Lovaas a iniţiat terapia comportamentală individuală de 40 de ore pe săptămână pe o perioadă de doi ani sau mai mult, la un grup experimental de 19 copii autişti sub 4 ani. Această intervenţie a inclus şi antrenarea părinţilor în mediul destinat copiilor preşcolari. În momentul reevaluării, la o vârstă medie de 7 ani, subiecţii din grupa experimentală au obţinut QI crescute cu 20 de puncte şi au făcut progrese în domeniul achiziţiilor educative. 9 din cei 19 subiecţi au

efectuat învăţământul primar în şcoli normale şi au obţinut QI apropiate de medie. Prin contrast, 2 grupe de control însumând 40 de copii diagnosticaţi de asemenea ca autişti nu au obţinut rezultate bune. Doar unul din subiecţii de control (2,5%) a atins un nivel intelectual normal.

Aceste date sugerează eficacitatea terapiei comportamentale. Totuşi, durata achiziţiilor pare incertă; într-un studiu important, Lovaas, Koegel, Simmons şi Long (1973) susţin de fapt că autiştii prezintă o regresie după terminarea tratamentului. Alte studii insistă asupra faptului că ei întâmpină dificultăţi crescute la intrarea în adolescenţă (Kanner, 1971).

Investigaţia la care ne referim conţine două părţi. În prima, s-a urmărit măsura în care, după câţiva ani de la evaluarea făcută la vârsta de 7 ani, grupul experimental din studiul lui Lovaas şi-a menţinut achiziţiile obţinute prin tratament. Subiecţii din grupul experimental şi cei dintr-unul din grupurile de control au completat teste standardizate de funcţionare intelectuală şi adaptativă. Grupurile au fost apoi comparate unele cu altele, iar performanţa lor din acel moment a fost comparată cu cea din evaluările precedente.

A doua parte a investigaţiei a luat în considerare subiecţii care au obţinut rezultatele cele mai bune la sfârşitul primei etape din studiul lui Lovaas. S-a examinat măsura în care aceşti copii puteau fi consideraţi ca lipsiţi de simptomatologia autistă. S-a realizat o baterie de teste pentru a evalua o varietate de posibile deficite: modelele de gândire idiosincratice, manierismele, lipsa relaţiilor apropiate cu familia şi prietenii, dificultatea de a se obişnui cu lumea, lacunele în anumite arii ale funcţionării cognitive cum ar fi gândirea abstractă, fluctuaţiile în dobândirea abilităţilor şcolare, platitudinea afectivă, absenţa simţului umorului sau aspecte bizare ale acestuia. Au fost luate numeroase precauţii pentru a asigura obiectivitatea examinărilor.

În ceea ce priveşte subiecţii, studiul conţinea iniţial 38 de copii care la acel moment erau foarte tineri (mai puţin de 40 de luni – prezentând mutitate, mai puţin de 46 de luni – prezentând ecolalie) şi care au fost diagnosticaţi ca autişti de un psiholog clinician sau psihiatru neimplicat în studiu. Aceşti subiecţi au fost împărţiţi în două grupuri: unul experimental şi unul de control. S-au format echipe pentru

tratament. Şeful echipei şi membrii personalului au determinat apoi măsura în care subiectul manifesta o deschidere pentru tratamentul intensiv (dacă da, subiectul intra în grupul experimental, dacă nu – în cel de control). Grupul experimental conţinea 19 copii care au beneficiat de 40 de ore pe săptămână de tratament individual timp de 2 ani sau mai mult. Grupul de control era format din 19 copii care au beneficiat de o intervenţie mai puţin intensivă (10 ore pe săptămână de terapie comportamentală individuală plus o serie de tratamente efectuate de voluntari).

Studiul iniţial includea, de asemenea, un al doilea grup de control constând din 21 de copii cu autism care au fost urmăriţi pe parcursul timpului. Aceşti copii nu erau accesibili pentru investigaţiile în curs. În cazul măsurării standardizate a inteligenţei, al doilea grup de control a obţinut aproximativ aceleaşi rezultate ca şi grupul experimental la început şi ca şi primul grup de control la evaluarea realizată la 7 ani. Aceste constatări au sugerat că: copiii cu autism luaţi în studiu erau comparabili cu copiii investigaţi în altă parte; tratamentul minimal oferit primului grup de control nu a determinat schimbarea funcţionării intelectuale.

Analiza statistică pretratament a confirmat faptul că grupele de control şi cel experimental erau comparabile. Vârsta cronologică la diagnoză pentru subiecţii grupului experimental era de aproximativ 32 de luni, QI-ul lor era în medie 53, vârsta cronologică pentru grupul de control era de 35 de luni, iar QI-ul de 46. Majoritatea subiecţilor prezentau mutitate, toţi aveau deficienţe mari de limbaj receptiv, nici unul nu se juca cu ceilalţi copii sau cu jucării adecvate vârstei, erau introvertiţi; toţi prezentau comportamente stereotipe (autostimulatoare). Astfel, ei păreau a fi într-adevăr un eşantion reprezentativ pentru copiii cu autism.

Copiii din grupul experimental şi cel de control au beneficiat de tratament din partea studenţilor care lucrau la leagănele de copii. De asemenea, cu copilul lucrau şi părinţii care au fost instruiţi în tehnicile de tratament. Când s-a considerat posibil, copiii au fost integraţi în grădiniţe obişnuite. Tratamentul s-a bazat în principal pe dezvoltarea limbajului, îmbunătăţirea comportamentului social, inducerea obiceiurilor de joc cu semenii şi cu jucării adecvate. Concomitent, s-au făcut eforturi pentru eliminarea comportamentelor stereotipe şi agresive.

Grupul experimental şi cel de control au primit iniţial baterii de teste evaluative identice şi s-au găsit similitudini la multe variabile. Mai mult, numărul de subiecţi de control, care în urma predicţiei trebuiau să realizeze o funcţionare normală beneficiind de tratament, a fost aproximativ egal cu numărul subiecţilor experimentali care au şi realizat o funcţionare normală sub un tratament intensiv. Se conturează aici dovada faptului că funcţionarea superioară a grupului experimental, după tratament, a fost rezultatul tratamentului însuşi.

Toţi subiecţii au rămas în grupurile în care au fost introduşi la început, doar doi subiecţi au abandonat şi n-au fost înlocuiţi. De aceea, compoziţia originală a grupurilor a fost practic păstrată. Toţi subiecţii au fost diagnosticaţi ca autişti, existând, în acest sens, un grad ridicat de acord între clinicieni.

Înaintea tratamentului, subiecţii au apărut ca fiind comparabili cu cei diagnosticaţi ca autişti în cadrul altor investigaţii. Dovada pentru acest fapt este dată de al doilea grup de control care a fost incorporat în studiul iniţial. Acest grup, evaluat de o altă echipă de cercetare, a avut aceleaşi QI iniţiale măsurate cu aceleaşi teste şi a obţinut aceleaşi rezultate ca şi cele semnalate de alţi cercetători.

Primul grup de control, care a beneficiat de 10 ore pe săptămână de tratament, nu a fost diferit faţă de cel de-al doilea grup de control, care nu a beneficiat de tratament. Ambele grupuri au obţinut rezultate sensibil inferioare celor ale grupului experimental. Din moment ce toate grupurile erau similare pretratament, rezultă că subiecţii trataţi prezentau probleme care au răspuns numai la tratament intensiv.

Familiile subiecţilor au aparţinut unui spectru larg de niveluri socio-economice care, în medie, nu au diferit faţă de populaţia generală.

Eficacitatea multor componente ale tratamentului a fost demonstrată experimental de un număr mare de cercetători în ultimii 30 de ani.

Luate împreună, aceste aspecte oferă asigurarea că rezultatele favorabile obţinute de subiecţii experimentali pot fi atribuite tratamentului de care aceştia au beneficiat, mai degrabă decât unor factori externi. Oricum, rezultatele sugerează că intervenţia precoce ar putea compensa eventualele anomalii neurologice existente la aceşti

copii. La un nivel de generalitate mai mare se poate afirma că aceste rezultate pot contribui la înțelegerea mai fină a relațiilor creier-comportament la copiii mici.

7.5.2. Crearea unor noi căi de comunicare: învățarea operantă a vorbirii, dansului, mișcării și muzicii

a. Învățarea operantă a vorbirii

Datorită eforturilor sistematice ale unui grup de teoreticieni ai învățării sociale (Lovaas, Berberich, Perloff, Schaeffer), s-a pus la punct o serie de tehnici menite să faciliteze comunicarea în cazul subiecților autiști.

Fezster (1961) a fost primul care a sesizat posibilitatea aplicării principiilor învățării în cadrul tablourilor clinice mai deosebite ale copiilor autiști. El a subliniat inexistența agenților de reîntărire achiziționați sau generalizați la copiii autiști. Chiar dacă acești copii par să reacționeze la agenții primari de reîntărire (hrana, băutura), ei uită raportul între acești agenți și adulții care îi oferă. Conform raționamentului lui Fezster, din moment ce agenții de reîntărire socială sunt un factor fundamental al socializării normale, nu este surprinzător faptul că autiștii, care îi ignoră, prezintă carențe de socializare și comportamentale pronunțate și difuze în același timp.

Abordarea bazată pe teoria învățării pune accentul pe necesitatea creării unor aptitudini sociale și a unui comportament lingvistic minim. Se pornește de la ipoteza potrivit căreia, acești copii, dintr-o serie de motive, ar fi mai degrabă incapabili, decât ar refuza să își exprime comportamentele socialmente acceptabile sau previzibile. În conformitate cu acest punct de vedere teoretic asupra autismului și a posibilităților de aplicare a principiilor de învățare în cadrul intervenției, numeroși cercetători au demonstrat utilitatea aplicării acestor metode la domiciliu și în clinică. Astfel, într-un studiu de caz clasic, Wolf, Risley și Mees (1964) au demonstrat eficacitatea principiilor condiționării operante în modificarea comportamentului autodistructiv și inadecvat la un copil autist de 3 ani și jumătate.

Cu toate acestea, primul studiu sistematic și totodată cel mai cunoscut legat de folosirea condiționării operante pentru edificarea

vorbirii sau pentru modificarea vorbirii ecolalice este cel publicat de către Lovaas şi colaboratorii săi în 1966. Scopul acestui prim studiu era acela de a demonstra stabilirea unui comportament vocal de imitaţie la copii non-verbali. Învăţarea cuprinde în acest caz două faze. În prima, se urmăreşte doar a-l ajuta pe copil să dobândească această capacitate de imitaţie vocală. Este vorba de o învăţare specifică pentru copiii autişti nevorbitori şi pentru copiii care nu răspund prin imitaţie la stimulii vocali ai terapeutului. Cea de a doua fază se referă la învăţarea vorbirii semnificative.

Faza I	*Învăţarea imitaţiei vocale*	
Etape	Metode	Scop
	Reîntărirea oricărei vocalize	Creşterea producţiei vocale
	Reîntărirea vocalizelor care apar după mai puţin de 5 secunde	Ajungerea la stăpânirea vocalizelor în timp
	Reîntărirea îngemănării vocalizelor în mai puţin de 6 secunde	Stabilirea îngemănării vocalizelor
	Repetarea etapelor anterioare adăugându-se alte sunete	Stabilirea vocalizelor corecte
Faza II	*Învăţarea vorbirii semnificative*	
	Reîntărirea verbalizărilor ca urmare a stimulilor non-verbali	Stabilirea vorbirii expresive
	Reîntărirea răspunsurilor non-verbale la stimuli verbali	Stabilirea comprehensiunii limbajului

Raportul lui Lovaas şi al colaboratorilor săi se referă la utilizarea detaliată a metodei în cazul a doi băieţi, cu autism profund, neverbali, în vârstă de 6 ani. Aceşti subiecţi prezentau şi carenţe serioase la nivelul jocului, manifestând comportamente auto-stimulatorii şi, uneori, chiar automutilatorii. În cadrul învăţării faţă în faţă, care are loc timp de şase zile pe săptămână, şapte ore pe zi, cu câteva pauze de 15 minute, copiii erau supuşi unor stimuli vocali de către un adult aşezat la circa 30 cm de ei. Se aştepta din partea copiilor să reacţioneze la interpretări din ce în ce mai rafinate ale răspunsurilor cerute, ei fiind împiedicaţi să părăsească situaţia de învăţare. Reîntărirea consta în recompense alimentare pe gustul subiecţilor. Se utiliza pedeapsa, sub forma ridicării

vocii în cazul neatenţiei, al automutilării sau al acceselor de furie. Cea mai dificilă sarcină a fost aceea de a-i învăţa pe copii primele sunete şi primele cuvinte. Pentru alegerea acestora, cercetătorii au recurs la vocalize care se puteau provoca, adică la un comportament vocal care se putea declanşa prin folosirea mâinilor la gura copilului sau la cuvinte care implicau, în acelaşi timp, componente vizuale. Exemple ale acestor sunete relativ uşoare sunt consoana labială "m" şi vocala deschisă "a". Iar în ceea ce priveşte sunetele dificile, se pot menţiona consoanele guturale "k" şi "g" şi consoana siflantă "s". Acestea din urmă au fost prezentate copiilor mult mai târziu în cursul învăţării.

În prima etapă, copilul era recompensat pentru orice vocaliză şi pentru orice fixare a gurii adultului. Odată ce a fost obţinută vocaliza în mai puţin de 5 secunde după stimulul vocal şi fixarea privirii pe gura adultului pentru mai mult de 50% din timp, se trecea la a doua etapă. Adultul încerca atunci o producţie vocală mai complexă într-un anumit interval de timp. În cea de a treia etapă, i se cerea copilului nu numai să răspundă la vocalize în cele 6 secunde următoare celei a adultului, dar acest răspuns trebuia să corespundă celui al adultului. Cea de a patra etapă reprezenta o "reeditare" a celei precedente, dar cu adăugarea unui nou sunet. Sunetul ales în scopul discriminării era foarte diferit, astfel încât să-i faciliteze copilului sarcina de a distinge între acestea şi de a răspunde la cea cerută. Astfel, copilului i se prezenta noul sunet sau noul cuvânt, dar, din timp în timp, i se prezenta şi cuvântul sau sunetul anterior, la întâmplare. Odată ce copilul repeta corect de zece ori la rând emisiile vocii adultului, se considera că acel sunet sau cuvânt era dobândit.

Alte precizări oferite de Lovaas şi colaboratorii săi indicau măsura în care vocalizele dobândite de cei doi subiecţi au fost tributare reîntăririi şi modul în care copiii au reuşit să înveţe să imite comportamentele vocale cu condiţia reîntăririi unor ocazii în care apărea o armonie a răspunsurilor. Pentru atingerea scopurilor urmărite trebuie precizat faptul că: a) achiziţia primelor sunete şi cuvinte a necesitat numeroase încercări în timp ce, "învăţând să înveţe", copiii au achiziţionat, ulterior, mult mai rapid altele; b) au existat diferenţe mari între copii. Astfel, cei doi băieţi luaţi în studiu au avut nevoie de 26 zile

pentru a achiziţiona o serie de vocalize, pentru care alţii au avut nevoie de doar 3 zile. Acest ultim aspect subliniază încă o dată diversitatea marcată la copiii autişti în ceea ce priveşte potenţialul de învăţare.

Învăţarea vorbirii imitative, chiar dacă reprezintă o reuşită pentru copilul non-verbal, este departe de a-i servi acestuia pentru comunicare. Pentru a ajunge la vorbirea semnificativă, atât pentru copiii non-verbali care vocalizează, cât şi pentru cei ecolalici, s-a pus la punct o altă secvenţă de învăţare. Făcând din nou referire la tabel, se constată că prima etapă a acestei învăţări cuprinde ceea ce se numeşte în mod obişnuit etichetajul. În acest caz, în termeni de comportament, stimulul este non-verbal iar răspunsul este verbal; de exemplu, i se arată copilului o banană (stimulul) şi aşteptăm ca el să spună banană (răspunsul). În cea de a doua discriminare, i se prezintă copilului un stimul verbal, de exemplu, se arată cu degetul banana (stimulul), iar sarcina lui este aceea de a răspunde conform cerinţelor. În primele faze ale învăţării, au fost prezentate sarcini simple, iar ulterior s-a recurs la noţiuni mai complexe, cerându-i-se copilului să răspundă la termeni mai abstracţi: pronume, oră şi, în general, folosirea timpului, limbajul destinat să placă; aceste tipuri de sarcini s-au dovedit însă foarte dificile, doar un număr mic de copii, în special din grupa ecolalicilor, reuşind atingerea unor paliere mai avansate.

b. Dansul, mişcarea şi muzica

Cu mult timp în urmă s-a apreciat valoarea învăţării mişcării, nu numai pentru autism, dar şi pentru alte disfuncţii severe. Chiar dacă, în termenii unei evaluări obiective, aceste tehnici nu posedă decât o slabă confirmare ştiinţifică, nu încape îndoială că aprecierea propriilor mişcări în spaţiu poate ameliora conştiinţa de sine la un individ. Miller (1973) se referă în mod special la modul în care copiii autişti, "suspendaţi" în spaţiu, trebuie să se sprijine pe propriile resurse pentru a evita pericolul, devenind, în acest mod, mai "prezenţi" în mediul lor, sporindu-şi astfel o anume conştiinţă personală şi sentimentul identităţii.

Dansul, utilizarea rituală şi disciplinată a mişcării, a fost de asemenea considerată cu valoare terapeutică şi, de fapt, s-a şi recurs la această tehnică pentru unii copii autişti. Ritmul şi mişcările de dans îi permit copilului autist să-şi exprime sentimentele şi să atingă un stadiu

non-verbal al comunicării. De exemplu, tehnica propusă de Kaufman (1967) constă în a-l determina pe copil, după o perioadă în care este lăsat în lumea autostimulărilor, să se deplaseze împreună cu terapeutul în ritmul ales împreună. Referitor la unele comentarii legate de semnificația posibilă a manierismelor aparent bizare și a comportamentelor de autostimulare la copiii autiști, Kaufman afirmă că nu există, în principiu, vreo mișcare greșită. Ar trebui, în opinia sa, căutată semnificația mișcărilor copilului. Astfel, întrebările care ar trebui să fie puse ar fi: ce sentimente sunt resimțite în momentul executării acelor mișcări? Pot fi ele folosite pentru stabilirea contactului cu copilul, la nivelul de intensitate, la ritmul și la viteza aleasă de acesta? Noile tehnici folosite în acest domeniu vor găsi poate răspunsuri și pentru aceste întrebări.

Dintotdeauna, muzica a constituit un mijloc terapeutic extrem de important. Datorită caracterului universal al atractivității sale, muzica poate să servească oricui, indiferent de starea sa psihică. În cazul copiilor autiști, muzica a fost deseori folosită în procedeele terapeutice. Uneori a fost utilizată ca agent de reîntărire pentru învățarea altor comportamente; s-a încercat, de asemenea, acompanierea balansărilor copilului cu ajutorul unei muzici cu aceeași măsură. Conform opiniei lui J. Alvin (1970), odată ce balansarea copilului este armonizată cu măsura muzicii, terapeutul poate să modifice tempo-ul pentru a vedea reacția copilului față de această schimbare. Scopul este de a crește sau de a diminua cadența balansărilor prin viteza muzicii. După această fază, se poate aștepta ca subiectul să treacă la folosirea propriei voci sau a unui instrument pentru a-și exprima, prin muzică, propriile sentimente.

7.5.3. Aplicarea precoce a unui tratament comportamental intensiv asupra unui subiect autist (după Lovaas, 1987)

Acest studiu demonstrează progresele realizate de o fetiță de 37 luni implicată într-un tratament bazat pe teoriile lui Lovaas. În urma evaluării în cadrul unei clinici, fetița este considerată ca prezentând o tulburare pervasivă de dezvoltare severă și un grad de autism sever. Din datele obținute la aplicarea Scalei de Dezvoltare Bayley, vârsta sa de dezvoltare este de 8 luni, coeficientul său de inteligență fiind estimat la 24. Înainte de a beneficia de tratament, subiectul a fost inclus într-un centru pedopsihiatric de orientare psihodinamică.

În cadrul programului, fetiţa a beneficiat de 30-40 ore individualizate de intervenţie pe săptămână, cu excepţia primelor luni de tratament, în care au fost prevăzute doar 15 ore pe săptămână. Tratamentul s-a desfăşurat la domiciliul copilului, părinţii putând observa şi interveni în calitate de co-terapeuţi.

Discutând în termeni generali, vom remarca faptul că *obiectivele învăţării* vizează mai multe sfere ale dezvoltării şi sunt personalizate în funcţie de nivelul de funcţionare al subiectului. Acestea sunt construite în aşa fel încât complexitatea să crească treptat. Abilităţile care se referă la imitaţie, la dezvoltarea cognitivă, la limbaj, joc, la socializare şi la comportamentele de autonomie sunt predate în funcţie de ritmul învăţării. Dat fiind faptul că anumite comportamente perturbatoare, de tipul autostimulării, acceselor de furie şi comportamentelor agresive, pot să fie dăunătoare învăţării unor obiective, ele pot constitui de asemenea motiv al intervenţiei.

Sunt aplicate tehnici de modificare a comportamentului de tipul modelării, indicaţiei, estompării şi reîntăririi pozitive ca instrumente de predare în scopul generării, creşterii şi menţinerii comportamentelor adecvate. În plus, comportamentele perturbatoare sunt reduse prin stingere şi prin reîntărirea unor comportamente alternative, mai acceptabile socialmente. În cazul în care această procedură nu este eficientă pentru reducerea comportamentelor ţintă, au putut fi introduse, cu acordul părinţilor, tehnici mai aversive.

Pe tot parcursul terapiei, rezultatul fiecărei intervenţii este notat punctual pe grile de cotare. Performanţa subiectului este înregistrată în termeni de succes, succes cu ajutor, non-răspuns sau eşec. Aceste date sunt folosite ca indicatori ai „câştigului" realizat de subiect în privinţa obiectivelor de învăţare incluse în planul de intervenţie.

Măsurarea progresului

Progresul subiectului în cadrul obiectivelor este evaluat facându-se referire la imitaţia non-verbală, la limbajul receptiv şi la limbajul expresiv. Datele sunt obţinute în momentul executării sarcinilor de discriminare pe care le implică şedinţele de lucru structurate. Criteriul reuşitei corespunde unui procent de răspunsuri de 80-100% în decurs de trei şedinţe consecutive. Se obţin astfel curbe de progresie.

Măsurarea generalizării

Măsurarea "câştigurilor" indirecte reprezentate de generalizarea învăţării în cadrul unor contexte inedite (generalizarea stimulului) şi a unor noi abilităţi (generalizarea răspunsului) este concretizată prin observaţia sistematică. Fetiţa a fost filmată la diferite intervale în cursul tratamentului, în situaţie de joc liber. S-au realizat şapte înregistrări video de 4 la 10 minute, totalizând 40 minute. Au fost utilizate două grile de observaţie: o grilă pentru jocul funcţional (ca durată) şi o grilă de frecvenţă care permite măsurarea utilizării spontane a limbajului adecvat.

Rezultatele obţinute în urma terapiei: progresul subiectului

Imitaţia non-verbală. Obiectivul imitaţiei non-verbale a fost introdus în planul intervenţiei încă din prima lună de tratament. Aşa după cum rezultă din figura 1, subiectul nu achiziţionează decât începând din a treia lună primele două gesturi. Până în a cincea lună, progresul este stabil, dar lent. Cu toate acestea, o creştere considerabilă este observată între a şasea şi a unsprezecea lună. În continuare, învăţarea pare a prezenta un platou deoarece acestui obiectiv i s-a acordat o importanţă redusă din acel moment. Astfel, după 27 luni de tratament, fetiţa a reuşit imitarea a 62 gesturi în cadrul şedinţelor de lucru.

În figurile de mai jos, s-a notat: 0-100 - procentul de răspunsuri date corect de către subiect şi 1-27 - lunile de tratament.

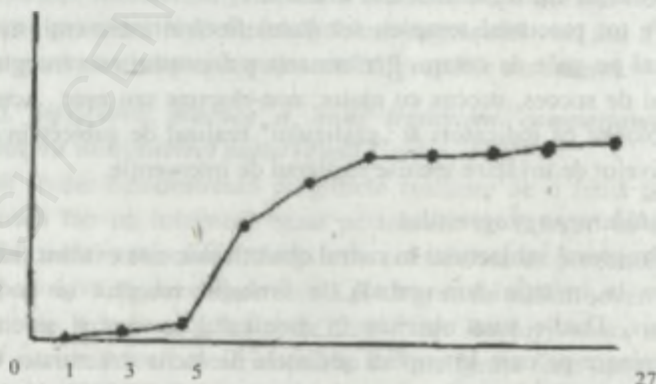


Fig. 1. ***Curba de progres a imitaţiei non-verbale***

Limbajul receptiv a fost introdus ca obiectiv de învățare în a doua lună de tratament. Identificarea receptivă a acțiunilor, a obiectelor și a reprezentărilor bidimensionale sunt principalele probleme abordate. În acest caz, subiectul înregistrează o serie de achiziții încă din prima lună de introducere a obiectivului. Începând din a cincea lună, achizițiile sunt mai rapide și, în consecință, mai numeroase, la sfârșitul terapiei fiind achiziționați 246 itemi.

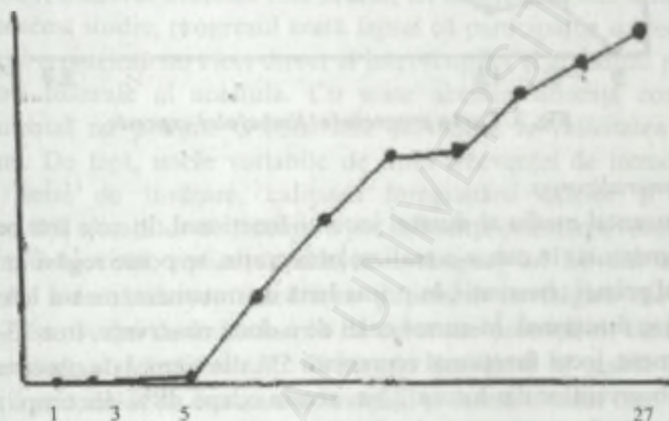


Fig. 2. ***Curba progresului limbajului receptiv***

Limbajul expresiv. Obiectivul limbajului expresiv a fost introdus în a noua lună de tratament. Primele achiziții au fost obținute imediat, dar constau în aproximări ale cuvintelor propuse. Doar în a zecea lună, subiectul începe numirea mai clară a unor obiecte care îi sunt prezentate. În a unsprezecea lună, ea identifică verbal 9 obiecte. Cu toate acestea, în cursul lunilor următoare, performanța este variabilă, observându-se din figură faptul că au fost achiziționate în fiecare lună cuvinte noi, dar altele au fost pierdute. În ultima lună de tratament, subiectul denumește clar și corect 33 obiecte.

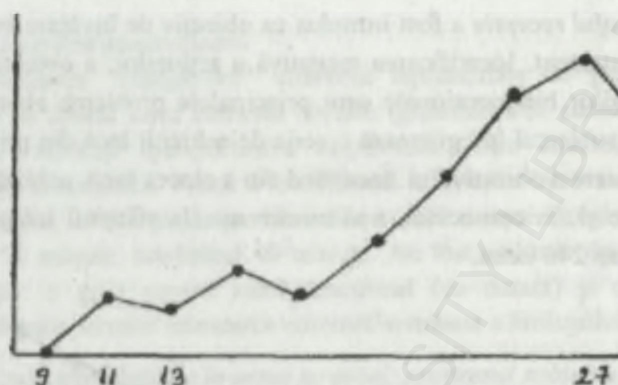


Fig. 3. *Curba progresului limbajului expresiv*

Generalizarea

Procentul mediu al duratei jocului funcţional, în cele trei perioade ale tratamentului în care s-a realizat observaţia, se poate regăsi în figură. În cadrul primei observaţii, în prima lună de tratament, nu s-a înregistrat nici un joc funcţional. În cursul celei de a doua observaţii, în a 23-a lună de tratament, jocul funcţional reprezintă 5% din timpul de observaţie. În cursul observaţiilor din luna a 27-a, acesta ocupă 48% din timp. Aceste rezultate sunt în contrast cu datele observaţiei asupra limbajului; nici o verbalizare adecvată nu este emisă spontan de către subiect în cadrul jocului liber.

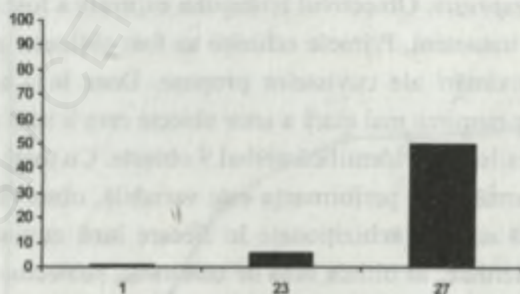


Fig. 4. *Procentajele jocului funcţional în perioadele de joc liber*

Discuții

La modul general, datele tratamentului indică faptul că subiectul prezintă un progres important în privința obiectivelor de învățare din cursul celor 27 luni de tratament. Cu toate acestea, în pofida importanței achizițiilor realizate, performanța sa pare să varieze în funcție de complexitatea și nivelul abstractizării abilităților predate. Rezultatele referitoare la limbajul expresiv și la generalizare sunt dovada acestui fapt. În privința acestor abilități, se observă un ritm mai lent al achizițiilor, numărul acestora este scăzut, iar menținerea mai dificilă.

În acest studiu, progresul arată faptul că participarea subiectului la tratament reprezintă un efect direct al intervențiilor și nu numai produsul maturării naturale al acestuia. Cu toate acestea, absența controlului experimental nu permite o concluzie privitoare la validitatea acestor rezultate. De fapt, unele variabile de tipul frecvenței de introducere a noilor itemi de învățare, calitatea înregistrării datelor și absența uniformității situațiilor de măsurare pot influența orientarea rezultatelor.

În consecință, aplicarea clinică a terapiei lui Lovaas ar trebui realizată, încercându-se remedierea punctelor nevralgice ale acestui studiu. Este vorba de un domeniu de cercetare promițător, care se cere însă continuat și îmbunătățit. O atenție deosebită ar trebui acordată rafinării metodelor de evaluare a învățării și formării celor care intervin. Trebuie, de asemenea, ca obiectivele învățării incluse în planul de intervenție să răspundă în mod adecvat exigențelor vieții copilului.

7.6. Tehnici de intervenție vizând modificarea comportamentelor specifice autiste. Strategii și tehnici din sistemul TEACCH

Cercetările în domeniul educației copiilor autiști susțin importanța deosebită a informațiilor vizuale, a programelor individuale stabilite pentru fiecare zi și săptămână, în dezvoltarea, în general, a acestor copii și, în special, a deprinderilor de limbaj a acestora.

Profesorul Eric Schopler dispune de experiența unei generații în materie de clase integrate, prin punerea în aplicare a programului TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children). La inițiativa sa, în Carolina de

Nord, S.U.A., TEACCH a fost introdus ca o reacţie împotriva concepţiilor freudiene asupra autismului, la care majoritatea autorităţilor americane din domeniul medical au aderat în perioada imediat următoare celui de-al doilea război mondial. Experienţa repetată a tratamentelor psihanalitice a dus la descurajarea sau demoralizarea unui mare număr de părinţi, care nu se mai puteau ocupa de proprii lor copii. Era în permanenţă recomandată soluţia izolării copiilor în instituţii specializate.

Acest program a organizat în Carolina de Nord, după 1965, servicii care "acoperă" întreaga viaţă a persoanei autiste, dintr-o perspectivă educaţională şi de integrare protejată în comunitate, înlocuind procedeele diagnostice freudiene prin cele fondate pe un comportament observabil în mod direct şi pe consideraţii de dezvoltare.

Coordonat de Universitatea Chapell Hill, programul este repartizat în teritoriu (6 mii de locuitori), cuprinzând 5 clinici polivalente - pentru diagnosticare şi orientare - şi clase în şcolile publice locale. Programul asigură formarea profesională a adolescenţilor şi integrarea socială şi profesională a adulţilor, pentru care a fost creată o diversitate de mijloace de integrare, ca de exemplu "grouphomes", unde trăiesc împreună 5 sau 6 adulţi autişti asistaţi de un tutore. El asigură, de asemenea, formarea specialiştilor în domeniu şi permanenţa activităţii de cercetare.

TEACCH-ul nu este un sistem închis, ci este sinteza unei elaborări empirice şi, pentru toate ţările care l-au "importat", o referinţă metodologică incomparabilă.

Regula de bază este cooperarea paritară între părinţi şi specialişti la toate nivelurile. Această colaborare are 4 direcţii:

1. Specialistul este cel care îi învaţă pe părinţi, oferindu-le totodată informaţiile şi sfaturile de care aceştia au nevoie. Important este ca acesta sa aibă o bună pregătire profesională în domeniu şi, de asemenea, experienţă în munca cu copiii autişti. Specialistul le prezintă părinţilor modele de comportament şi de învăţare structurată; el trebuie să fie capabil să elaboreze programe individualizate, ce vor fi demonstrate în faţa părinţilor.

2. Părinţii îi pot "învăţa", la rândul lor, pe specialişti. Ei îşi cunosc cel mai bine copilul şi sunt motivaţi în vederea ameliorării tulburărilor pe care le prezintă acesta. Informaţiile pe care le oferă părinţii stau la baza evaluării copilului.
3. Între specialişti şi părinţi trebuie să existe un sprijin afectiv reciproc.
4. Integrarea copilului autist în societate şi acceptarea lui de către societate sunt determinante. Societatea trebuie să înţeleagă necesităţile speciale ale copiilor autişti, să le pună la dispoziţie diverse servicii sociale: instituţii speciale, programe speciale în grădiniţe, clase speciale în şcolile de stat, tabere de vară.

7.6.1. Activităţi de învăţare

Programul elaborat de E. Schopler şi colaboratorii se bazează pe terapia comportamentală şi se referă la: imitaţie, percepţie, motricitate generală şi fină, coordonare ochi-mână, performanţe cognitive, competenţă verbală, autonomie, sociabilitate şi conduită. Se iau în considerare aspectele comportamentale specifice stadiului senzorio-motor de dezvoltare a inteligenţei.

A. *Imitaţia:* activitate fundamentală în procesul instructiv-educativ, ea este una din "'armele" semiotice. Copiii autişti au dificultăţi în structurarea imitaţiei, fiind necesar un antrenament susţinut prin repetări simple şi directe.

Exerciţiile pentru imitaţie se adresează sferei senzorio-perceptiv motorii şi sferei de achiziţie a limbajului (receptiv, expresiv). Pentru aceasta, se impune antrenarea motricităţii generale şi fine a organelor buco-fonatorii. Neantrenarea în activitate a grupelor de muşchi se răsfrânge negativ asupra comportamentului imitativ.

Acţiunea imitativă implică numeroşi factori: motivaţia, memoria de lucru, diverse operaţii senzorio-motorii, capacitatea de reglare motorie şi psiho-motorie. La stabilirea unui program de învăţare a imitaţiei, este necesară evaluarea precisă a capacităţii de imitare a copilului.

B. *Antrenarea capacităţii perceptive:* o mare parte din problemele de învăţare şi de comportament ale copiilor autişti provine dintr-o perturbare, o dezordine a proceselor implicate în percepţie, din

disfuncționări ale tratării informațiilor senzoriale. Dificultăți mari pot apărea din integrarea diferitelor informații senzoriale, producându-se disfuncții în formarea imaginii perceptive unitare.

Se întâlnesc disfuncții ale percepției senzoriale, vizuale și auditive. Se impune diagnosticarea acestora și elaborarea programelor individualizate, cu obiective precise atinse prin implicarea muncii echipei multidisciplinare.

C. *Dezvoltarea motricității* apelează la diagnosticul nivelului de dezvoltare al psihomotricității generale în raport cu etaloanele elaborate. Pot exista tulburări de dezvoltare a unor componente ale motricitatii generale. Se poate manifesta o hiperkinezie cu implicarea motricitatii generale și a celei fine. Se pot manifesta dificultăți de coordonare, de echilibru, inabilități în orientarea spațială, o stăpânire mai slabă a folosirii forței, dificultăți în racordarea unor praxii, gesturi la o anume viteză cerută de sarcini.

Motricitatea fină vizează utilizarea eficientă a mâinilor, formarea unor gesturi, praxii. Capacitățile care joacă un rol de bază în motricitatea fină sunt: stăpânirea mișcărilor fine ale degetelor și ale mâinilor, formarea capacității de prindere și manipulare a obiectelor, capacitatea de manevrare bimanuală a unor obiecte în raport cu alte sarcini.

Abilitățile motricității fine sunt esențiale în formarea unor deprinderi motorii, în formarea abilităților de scriere, desen sau a unor deprinderi profesionale.

D. *Coordonarea ochi-mână:* exercițiile de coordonare ochi-mână se cuplează cu cele de dezvoltare a motricității fine, în ambele fiind implicată manevrarea de obiecte.

În general, exercițiile de motricitate fină, de coordonare oculo-manuală și perceptive, vor fi strâns relaționate în programele individualizate și se vor raporta la vârsta subiectului și la nivelurile atinse în dezvoltare pe aceste 3 planuri.

Exercițiile sunt grupate în două categorii: exerciții de manevrare de obiecte; exerciții de desen (ce țin de prescriere).

E. *Abilitățile cognitive* - Schopler și colaboratorii includ aici două domenii conexe:

a) comprehensiunea receptivă a mijloacelor de comunicare orală, mimică și simbolică;
b) capacitățile intelectuale, cum ar fi cele implicate în clasificări făcute pe bază de sortare și ierarhizare.

Se urmărește:

- antrenarea capacității de analiză, comparare, sinteză, abstractizare și generalizare, concretizare;
- dezvoltarea unor abilități legate de rezolvarea unor probleme (legate de viața cotidiană);
- dezvoltarea funcțiilor limbajului (cea cognitivă): exerciții privind receptarea mesajelor verbale și înțelegerea acestora.

Instructajele sunt adesea însoțite de demonstrații.

Programele de învățare se bazează pe exerciții non-verbale care vizează diverse performanțe cognitive: sarcini de nuanță cognitivă; probe cu conținut informațional spațial (adesea, capacitățile cognitive non-verbale pot fi achiziționate mai repede de unii copii în raport cu capacitățile cognitive care implică limbajul oral).

Capacitățile cognitive vizate prin diverse exerciții se raportează la programele școlare și apoi la posibila profesionalizare a tinerilor autiști, în contexul unor ateliere protejate.

F. *Competența verbală.* Fiecare program de limbaj este individualizat în raport cu abilitățile din sfera cognitivă, a motricității fine. La subiecții de vârstă mică se insistă asupra exercițiilor de stimulare a vocalizărilor, pronunțării unui cuvânt izolat, a unor propoziții scurte etc.

Se aplică individual, programe de stimulare, corectare, formare și dezvoltare a limbajului pornindu-se de la exerciții ce vizează prelimbajui: dezvoltarea atenției, a limbajului receptiv și a celui expresiv.

G. *Autonomia.* Proiectarea unor exerciții ce vizează autonomia personală a subiectului pornesc de la formarea acelor abilități simple legate de controlul sfincterelor, utilizarea toaletei, spălatul, îmbrăcatul, hrănirea. În formarea acestor abilități se face totodată și educarea părinților, exercițiile de autonomie trebuie să facă parte din rutinele cotidiene de învățare acasă și în alte instituții.

Exercițiile de autonomie trebuie să vizeze următoarele:

- o preferință marcată a copilului pentru diverse alimente;
- capacitățile verbale limitate care împiedică uneori utilizarea instrucției verbale, fiind utilizate, în acest sens, gesturile, demonstrațiile în manieră vizualizată;
- tendința spre stereotipii, rutine, care poate împiedica formarea abilităților de autonomie;
- antrenarea capacității de concentrare a atenției, prin utilizarea unor stimuli vizuali, auditivi, care focalizează și mențin atenția.

H. *Sociabilitatea.* Toate ameliorările din sfera competențelor cognitive, a comunicărilor verbale și nonverbale, a autonomiei se repercutează și în sfera sociabilității. De asemeni, tot aici se repercutează și ameliorările care țin de aspectele relaționale. Obiectivele care vizează sociabilitatea și conduita sunt strâns relaționate.

Exercițiile vizează:

- însușirea unor deprinderi legate de viața cotidiană (salutul de rutină, relaționarea cu ceilalți în timpul jocului);
- controlul voluntar, stăpânirea de sine până la respectarea unor reguli.

În sfera conduitei, se aplică terapii de nuanță comportamentală care să elimine tendința unor copii spre automutilare, auto și hetero-agresivitate, comportamente distructive, perseverente, ce perturbă relațiile cu alții, comportamente deficitare ce țin de nonacceptarea schimbărilor din ambianță.

Schopler arată că se pot îngemăna două tipuri de metode de tratament a tulburărilor comportamentale ale autiștilor:

a) unele ce privesc o problemă de conduită care apare în cadrul programelor de învățare;
b) cele care se impun în cazul în care tulburările comportamentale întrerup orice activitate de învățare și sunt incompatibile cu achiziția de noi abilități.

În acest sens, sistemul TEACCH, care are ca principiu de bază *structurarea învățării,* descrie *patru componente ale învățării structurale:*

- *Organizarea mediului fizic* (spațiul în care se desfășoară activitățile), se referă la planul fizic al încăperii folosite pentru învățare, muncă, activități de conviețuire și timpul liber. Accentul este pus pe consistență, arii vizuale clare și delimitarea ariilor pentru activitățile specifice. Acestea îi ajută pe copii să identifice și să-și amintească locul în care se desfășoară activitățile și legătura dintre acestea. Organizarea mediului fizic sporește abilitățile copiilor autiști în înțelegerea și desfășurarea activităților într-un mod cât mai eficient în spațiul familiar.

- *Structurile vizuale* ale spațiilor în care se desfășoară activitățile îi ajută pe subiecți să-și focalizeze atenția pe aspectele relevante ale sarcinii de lucru. Acești copii sunt, de obicei, distrași de stimulii vizuali și sonori, identificarea sau surprinderea indiciilor relevante fiind dificilă pentru ei. Blocarea acestor stimuli vizuali și auditivi facilitează focalizarea pe dimensiunile adecvate ale activității lor. Utilizarea unui număr minim de decorațiuni pe pereți lângă aria individuală de studiu este o variantă de minimalizare a distragerii atenției.

- *Programele individualizate*. Dacă structura fizică a spațiului ajută copilul să înțeleagă unde se desfășoară activitatea, programul reduce dificultățile legate de *când și ce* activitate va fi desfășurată și îl ajută să o anticipeze. Aceste programe vizualizate în imagini sunt eficiente, deoarece:

– reduc problemele legate de organizare și timp;
– compensează problemele legate de receptarea limbajului care, de asemenea, constituie un obstacol în urmărirea instrucțiunilor verbale;
– sporesc motivația proprie, deoarece copilul poate anticipa pe baza imaginilor din program ceea ce urmează (prima dată activitatea de învățare, apoi jocul);
– odată ce copilul învață să folosească aceste programe, învață și să urmeze instrucțiuni în mod independent;
– sprijină și sporesc independența copilului.

Sistemul TEACCH consideră că sunt necesare simultan două tipuri de programe: programul general al grupei și programe individuale pentru fiecare copil în parte.

Programul general al grupei e acelaşi pentru fiecare săptămână, excepţie făcând doar evenimentele speciale (de exemplu, excursiile). Acest program e afişat pentru toţi copiii şi poate lua forma programului în imagini sau a celui scris, în funcţie de nivelul de dezvoltare al copiilor.

Programele pot fi organizate de sus în jos sau de la stânga la dreapta, iar în cazul în care nivelul de dezvoltare al copiilor e mai scăzut, e necesară asocierea obiectelor care reprezintă o activitate cu activitatea respectivă, iar treptat, schimbarea obiectelor cu imagini ale acestora va facilita, în timp, posibilitatea simplificării programului şi raportarea ulterioară a copilului la programul constituit din imagini.

E important ca trecerea la o altă activitate să se marcheze prin eliminarea obiectului sau a imaginii reprezentative, facilitând astfel trecerea spre pasul următor.

Pentru copiii cu nivel funcţional nonverbal scăzut, programul constituit cu ajutorul obiectelor e cel mai simplu şi adecvat. De exemplu, copilului i se poate da o perie de dinţi ca să i se amintească să meargă în aria toaletei, ori o haină pentru a-i aminti să meargă afară. Nivelul de abstractizare al programului pentru fiecare copil în parte trebuie să fie relaţionat cu nivelul de dezvoltare funcţională al acestuia.

- *Structurarea sarcinilor.* În timp ce programul indică fiecărui copil secvenţele activităţilor desfăşurate în timpul zilei, structurarea sarcinilor informează copiii despre ceea ce trebuie să facă în timpul activităţilor ce trebuie desfăşurate în mod independent. Acest aspect al învăţării structurate este esenţial pentru copil, acesta învăţând cum să muncească la un nivel mai ridicat de independenţă.

Structurarea sarcinilor îi ajută pe copii să ştie ce se aşteaptă de la ei în timpul activităţii, oferindu-le, totodată, şi modalităţi de a se autoorganiza în mod sistematic şi de a rezolva sarcina de muncă individuală.

Acest sistem este bazat pe materiale concrete, astfel încât copilul să vizualizeze sarcina de lucru. Materialul de lucru este plasat în partea stângă, iar odată cu soluţionarea sarcinii de lucru, materialul trece în partea dreaptă, astfel încât copilul percepe momentele de început şi de sfârşit a activităţii (atunci când tot materialul este plasat în partea dreaptă, copilul înţelege că sarcina de lucru a fost îndeplinită).

Important e ca profesorul să cunoască nevoile fiecărui copil şi modul în care să le expună cel mai bine pentru a forma un sistem de muncă individual (Schopler, E., Mesibov, G., Hearsy, K., 1995).

*7.6.2. **Programele individuale – premisă a creşterii gradului de independenţă şi a diminuării problemelor comportamentale***

Datorită particularităţilor specifice învăţării la copiii autişti, este importantă organizarea structurilor de învăţare în programe individualizate.

Descriem, mai întâi, câteva din caracteristicile învăţării, caracteristici care fac necesară alcătuirea unor astfel de programe. Astfel, copiii autişti: nu înţeleg explicaţiile verbale asupra a ceea ce se va întâmpla în continuare; nu-şi amintesc secvenţele evenimentelor, deci nu vor putea anticipa; se simt inconfortabil neştiind ce va urma; întâmpină dificultăţi în orice schimbare datorită incertitudinii a ceea ce va fi; activitatea lor este dependentă de cadrul în care s-a realizat învăţarea.

De asemenea, copiii autişti au dificultăţi în a se organiza singuri dincolo de spaţiul cunoscut, în a face alegeri (încearcă mai multe lucruri odată), în a iniţia jocul singuri cu o jucărie, în a şti cum să utilizeze materiale independent.

Copilul autist întâmpină, în egală măsură, probleme în înţelegerea instrucţiunilor de grup: nu poate urma direcţia grupului (are nevoie de instrucţiuni separate, individuale), nu înţelege cuvinte din instrucţiuni, cântece, activităţi, nu poate aştepta mult fără să facă ceva, nu poate aştepta mult fără *feed-back* şi nu poate anticipa când e rândul său.

Modificările neprevăzute în program, absenţa profesorului de pildă, îi creează, de asemenea, probleme sau confuzii.

Modelele de programe care organizează informaţiile ce pregătesc copilul pentru evenimentele următoare conduc la creşterea motivaţiei şi reduc problemele comportamentale asociate cu confuzie şi stres. În consecinţă, programul devine structura pe baza căreia noile activităţi se dezvoltă.

În constituirea acestor programe individuale, trebuie alternate activităţile preferate de copil cu cele care îi plac mai puţin sau chiar deloc. Astfel, o activitate care nu place copilului trebuie planificată

înaintea uneia preferate de către copil, deoarece, se consideră că, în timp, copilul va ajunge să o valorizeze şi pe cea neplăcută iniţial. De asemenea, acţiunile care nu sunt agreate de copil pot să urmeze după o acţiune indiferentă (familiară copilului).

Copiii cu autism au nevoie de multiple informaţii pe diverse niveluri (programe organizate pe zile, luni, săptămâni, iar unii necesită mini programe chiar mai detaliate).

Copiii mici au nevoie de un program care să cuprindă activităţile pentru întreaga zi, în succesiunea lor, şi un miniprogram de 3-5 minute pentru perioadele de muncă (activitate dirijată).

Pentru cei care au învăţat deja rutinele zilei, crearea unui miniprogram cu specificarea perioadelor mai dificile (activităţile de bază) este şi ea foarte necesară.

Pentru copiii de vârstă mică şi/sau cu dizabilităţi accentuate, programul zilei trebuie realizat folosindu-se obiecte concrete şi nu imagini ale acestora, substitute bidimensionale ale realităţii cu un nivel mai ridicat de abstractizare. Pentru copiii de vârstă mai mare şi/sau cu dizabilităţi mai puţin accentuate, programul zilei poate fi constituit din imagini, dar condiţia fundamentală este ca acestea să fie cât mai elocvente şi să stabilească legătura cu activitatea substituită prin intermediul acestora.

Timpul alocat fiecărei activităţi depinde de vârsta şi capacitatea de concentrare ale copilului, precum şi de măsura în care copilul preferă sau nu acea activitate. Timpul petrecut în activităţi nedorite de copil trebuie să fie foarte scurt.

E indicat ca o activitate să se termine înainte ca subiectul să devină obosit sau plictisit. Dacă activitatea se termină după ce apar aceste semne şi copilul încercă să renunţe la ea, el va învăţa modalităţi de „evadare" din aceste activităţi înaintea terminării lor.

Astfel schimbarea activităţii sau o scurtă pauză înainte să devină plictisit, ar fi o soluţie ("Ai muncit greu, poţi să te opreşti acum şi poţi să..."), lăsând copilul pentru un scurt timp să desfăşoare o activitate dorită.

Suportul vizual îi oferă copilului posibilitatea de a avea acces la informaţie, îi oferă organizare şi structură, îi clarifică expectanţele şi

informațiile; îl ajută să facă alegeri; îi sporește independența. Programul trebuie să fie variat, în timp ce structura de bază rămâne aceeași; materialele, activitățile, o parte a programului trebuie modificate în fiecare zi. Operându-se aceste modificări, copiii sunt pregătiți pentru schimbări și, astfel, crește nivelul flexibilității și al toleranței la schimbări (problemă critică la acești copii).

De asemenea, e importantă și alternanța între modul de realizare a activității individual, independent și pe grupuri mici. Oportunitatea de a face alegeri crește nivelul motivațional. E necesar ca fiecare copil să știe ce conține programul propriu, iar profesorul trebuie să revadă programul împreună cu copilul în fiecare dimineață, evidențiind fiecare modificare survenită.

Copilul trebuie să învețe "să pună deoparte" activitatea care tocmai s-a terminat. Cu cât devine mai independent, forma programului poate fi îmbunătățită. Important este ca fiecare copil să fie informat asupra modificărilor survenite în program și să i se explice de ce s-a produs modificarea.

7.6.3. Prezentarea unor exemple de programe integrate și individualizate pentru ameliorarea calității vieții copiilor autiști

1. Integrarea școlară a copiilor autiști. Prezentarea clasei integrate din Chatenay-Malabry

Copilul autist este, prin însăși natura deficitelor sale, o adevărată provocare; tulburările pe care le prezintă, spre deosebire de alte tulburări, inclusiv mintale, se referă în mod esențial la ceea ce reprezintă viața în societate: comunicarea, înțelegerea relațiilor interpersonale, mergând până la aspectele sale cele mai puțin formale. Nu lipsește numai schimbul verbal, dar și simbolicul, jocul, gestul, imitația, empatia.

Este foarte dificil de imaginat ce poate trăi un copil constrâns să crească într-o astfel de rețea de probleme. El nu pare a căuta să se integreze, și, cu toate acestea, experiența a demonstrat faptul că este extrem de fericit și progresează în mod decisiv când este implicat în viața și în experiențele semenilor.

De asemenea, nu este vorba de a-l accepta la şcoală *în ciuda* deficienţelor sale, mai ales în cazurile mai puţin severe, el adaptând într-o oarecare măsură cadrul, materialul, metodele pedagogice. Este vorba de a-l integra *din cauza* deficienţelor sale.

Integrarea, dacă este elaborată şi condusă pornind de la o pedagogie specifică, este cel mai puternic mod de ameliorare a prognosticului pentru copiii autişti. Pare important de adăugat că integrarea devine o mişcare cu dublu sens, de la copilul autist spre lumea exterioară, pentru formarea percepţiilor, dobândirea de cunoştinţe, mijloace de comunicare, şi de la anturaj către acest copil atât de diferit.

Sistemul de intervenţie amintit este fundamentat pe o anumită concepţie asupra autismului, conform căreia ar putea fi vorba de o psihoză de origine relaţională, ale cărei efecte ar putea fi reversibile dacă s-ar reuşi o intervenţie asupra mecanismelor patologice şi o reconstrucţie a unor baze relaţionale normale. În aceste condiţii, ar rezulta ideea conform căreia obligaţia şcolară a acestor copii ar fi înlocuită cu frecventarea unui spital de zi, în care obiectivele educative îşi pierd valoarea. S-a constatat, de altfel că deprivarea educativă şi segregarea socială produc efecte dezastruoase asupra unor astfel de copii, atât de puternic atinşi în ceea ce priveşte capacitatea de dezvoltare.

Acest tablou ar putea să apară întunecat, dar nu este vorba decât de un ecran în spatele căruia este mascată drama umană şi socială a autismului.

De aceea, dacă dorim să vorbim de integrare socială în cazul autismului, trebuie să vorbim şi de integrare şcolară din cel puţin două motive: unul general, legat de modul de a înţelege handicapul, de a învăţa o comunicare cu persoanele diferite, şi unul specific, acela de a introduce în şcoală această adevărată provocare a autismului.

a. Integrarea individuală

În cadrul grădiniţei, integrarea unui copil într-o grupă obişnuită este destul de frecventă, cerută de părinţi şi deseori încurajată de pedo-psihiatri deoarece rezultatele sunt de multe ori considerate net pozitive pentru copilul cu deficienţe. Modalităţile şi durata sunt variabile, în majoritatea cazurilor, integrarea se realizează parţial şi durează 2-3 ani, necesitând un complement educativ individualizat.

În cel mai bun caz, copilul este reținut – cu mult efort și devotament din partea institutorului – până la limita maximă de vârstă. Dar acest lucru nu se produce întotdeauna în modul cel mai potrivit, iar educatorii se luptă cu o situație imperfectă pentru copil și dificilă pentru ei.

Mai puțin frecvent există părinți care relatează experiențele de integrare în clase de perfecționare și adaptare, admiterea în acestea expirând în momentul în care se consideră realizată atingerea unui prag de toleranță.

În sfârșit, există câteva cazuri de integrare individuală în clase normale în beneficiul copiilor autiști mai evoluați, uneori chiar pe parcursul mai multor ani.

Toate acestea fac parte din ceea ce se numește "integrare sălbatică", adică fără alte mijloace suplimentare.

Dacă se pune problema unei critici a acestor inițiative, este necesară mai întâi, compararea cu alte situații disponibile "acum și aici" pentru un anume copil. Dar nu trebuie mascat caracterul fragil și aleatoriu al acestor experiențe, limitate la cazurile marginale, la medii sau la persoane extrem de deschise. În absența mijloacelor suplimentare, există foarte multe șanse ca proiectul educativ să fie cantonat de contactul social cu alți copii, care poate reprezenta un progres momentan, dar pe termen mediu poate duce la un eșec.

În mod evident, nu este posibilă identificarea integrării individuale cu "integrarea sălbatică", deoarece pentru copiii autiști de vârstă mai mică, ca și pentru cei mai evoluați, integrarea individuală rămâne cea mai eficientă soluție.

b. Clasele integrate

1) *Geneza*

A priori, nimic nu pare mai natural și mai original decât o clasă adaptată în cadrul școlii pentru a face față trebuințelor educative specifice ale unei categorii de copii. Dar această idee aplicată autismului a părut cu toate acestea revoluționară pentru o mare parte a specialiștilor. Ea a apărut în 1983 în cadrul unui grup al Asociației "Autisme-Ile-de-France", în contextul unei ostilități exterioare în care educația copiilor autiști era considerată de către curentul dominant al perioadei, ca o condiționare nesănătoasă și abuzivă.

Specialiştii asociaţiei amintite au întreprins o serie de cercetări, în special în ţările anglo-saxone şi scandinave, şi au publicat în 1983 o lucrare intitulată *Les chemins de l'éducation* (Căile educaţiei). În această lucrare, este amintit, printre altele, primul proiect pedagogic de clasă integrată pentru copii autişti, destinat reconcilierii educaţiei speciale cu viaţa socială normală. Astfel, s-a născut prima clasă de acest tip la şcoala primară publică din Bures-sur-Yvette în Essone, în septembrie 1984.

Accentul a fost pus îndeosebi pe munca ce se bazează pe corp: orice achiziţie cognitivă trece prin exploatarea simbolică şi praxică a unei mari varietăţi de experienţe fizice. Datorită acestei baze metodologice, integrarea a putut să fie dezvoltată în acelaşi timp diversificat şi adaptată trebuinţelor individuale.

Integrarea implică, în mod evident, un proiect recunoscut, precizându-se orientarea şi metodologia, un învăţământ competent şi motivat, dispunând de o formare iniţială şi permanentă în domeniul abordării ştiinţifice şi pedagogice a autismului, o instituţie deschisă, un ansamblu de colaborări între profesorul specialist, alţi colegi, părinţi, elevi, proiecte educative individualizate, evaluări şi bilanţuri regulate.

2) *Clasa integrată ca alternativă a spitalului de zi*

Pentru un mare număr de părinţi, clasa integrată constituie o alternativă la structura psihiatrică reprezentată de spitalul de zi sau la o instituţie specială. întrebarea apare firesc: de ce un anumit număr de părinţi, grupaţi în asociaţii, resping aceste structuri specializate? O mamă a unui copil autist explică: "Nu eram perfect mulţumită de spitalul de zi. Vedeam că fiul meu nu era nefericit că merge acolo...dar nu făcea nici un progres, iar eu eram complet dezorientată cu privire la evoluţia sa". Această dezorientare rezultă cu mai multă precizie din continuarea interviului: "Când îmi duceam copilul la spitalul de zi, eu vorbeam, dar nu mi se spunea nimic. Psihiatrii îmi puneau întrebări care nu aveau nici o legătură cu motivul pentru care eram acolo... Dacă îi întrebam în ce stadiu se găseşte copilul meu, ce progrese a făcut, nu mi se răspundea sau răspunsurile erau foarte evazive".

Astfel, relaţia care se stabileşte între părinţi şi echipa de psihiatrii este trăită de către părinţi ca o relaţie unilaterală, iar natura întrebărilor

adresate acestora dovedește, în mod evident, existența unei concepții psihogenetice asupra autismului. Autismul se consideră aici raportat la relația cu mama. Cât despre evaluarea capacităților copilului, nu se poate spune decât că este absentă. Deci, dacă cineva încearcă să se pună în postura părinților, va înțelege cu ușurință dezamăgirea, suferința lor, dar și acel sentiment de nerecunoaștere a eforturilor depuse de ei.

O altă critică adusă spitalelor de zi este aceea legată de lipsa transparenței: nu se știe ce se întâmplă acolo, nu se poate pătrunde. De aici, orice închipuire este posibilă, fiind necesară umplerea golurilor date de absența informațiilor.

Însă critica cea mai gravă adresată de către părinți este cea legată de neluarea în considerare a educației, îngrijirile de ordin medical și psihologic nefiind suficiente. În aceste instituții există și educatori, dar aceștia se ocupă cu prioritate de copiii mai evoluați, de cei care comunică și care manifestă dorința de a învăța. Ceea ce este departe de a fi așa în cazul autismului.

3) *Principiile funcționării clasei integrate din Chatenay-Malabry*

În contrast cu ceea ce s-a spus până aici despre spitalele de zi, clasa integrată oferă, în majoritatea cazurilor, satisfacție părinților, deoarece prezintă o serie de condiții dintre care pot fi enumerate următoarele:

- o clasă cu efectiv mic (4-5 copii) de care se ocupă doi adulți, un profesor și un educator;
- o echipă pluridisciplinară care se ocupă în mod special de educație;
- o colaborare strânsă între această echipă și părinți.

Clasa integrată oferă deci această posibilitate de cooperare care le este refuzată părinților în spitalele de zi, nu numai prin invitația ce le este adresată de a veni în clase în anumite momente, dar și prin comunicarea efectivă cu aceștia prin intermediul unui instrument foarte prețios în ochii lor și util specialiștilor, care este "caietul de legătură". În fiecare zi, atât părinții cât și specialiștii completează acest caiet pentru relatarea faptelor de remarcat din cursul zilei. Acest lucru este extrem de important pentru favorizarea generalizării achizițiilor, care este atât de dificil de realizat în cazul autismului. Este de asemenea interesant faptul că, uneori, apare din partea părinților cererea ca activitățile să fie desfășurate la domiciliu. Nu este vorba de o obligație, ci de o posibilitate.

Dacă această clasă există, este nu numai datorită inițiativei părinților, ci și datorită autorităților administrative, care au acceptat să contribuie chiar cu resurse proprii, cum este cazul directorului școlii din Chatenay. Acesta nu numai că și-a dat acordul pentru deschiderea clasei, dar nu a ezitat să participe direct la îngrijirea copiilor, fiind deci un exemplu pentru profesori. Această experiență le-a permis, pe de altă parte, directorului și echipei sale să relativizeze oarecum exigențele față de elevi, mai ales față de cei în dificultate.

Astfel, primirea unor autiști la această școală a determinat modificarea privirii de ansamblu asupra celorlalți copii, ceea ce a influențat dinamica echipei, chiar dacă acest efect rămâne greu de evaluat. Faptul că unii copii s-au ocupat de micii autiști a însemnat mult pentru ei. Poate că pare greu de definit, de evaluat, de măsurat, dar lucrul este important în momentul când școala "trăiește" efectiv.

Există un climat special, care s-a dezvoltat în raporturile dintre copii, normali și autiști, sau între copiii din școală în general. Acest efect "în cascadă" se datorează esențialmente *practicii tutoratului*, o formulă originală care a putut fi extinsă ansamblului elevilor școlii pentru efectele sale pozitive. Ea permite nu numai acordarea unui ajutor eficient copiilor aflați în dificultate, dar în același timp, pune în valoare capacitățile tutorilor favorizându-le progresul.

În cadrul tutoratului, este necesară distincția între adulți și copii. La Chatenay, adulții sunt mult mai puțin implicați decât copiii, dar există profesori care îi primesc pe autiști în clasele lor pentru unele activități. Este cazul unei educatoare de grădiniță care relatează: "La început erau lucruri care mă deconcertau, cum trebuie să mă port cu Xavier când îmi ia mâinile și când mă ciupește, mă doare, ce trebuie să fac? Am acționat atunci după un anume *feeling*, am spus, Xavier oprește-te! mă doare! Cred că era soluția bună de a-i vorbi ca unui copil, dar am cerut un sfat".

Soluția adoptată de această educatoare este cea potrivită, deoarece ea nu-l tratează pe copilul respectiv ca pe un "bolnav", ci ca pe un elev ca oricare altul, jucând astfel un rol educativ, ceea ce este foarte important pentru copil.

Este interesant de constatat faptul că, înainte de a face apel la adulţi, în caz de dificultate, elevii încearcă, cu eforturi conjugate să rezolve problema, atitudine susceptibilă de a dezvolta solidaritatea între ei. Ei pot să conştientizeze, în aceste situaţii, dificultatea rolului educativ şi modul în care se situează ei înşişi în raport cu regula: "'Când ne jucăm cu ei, ne trag de păr, lovesc, şi este greu uneori să-i oprim, nu înţeleg ceea ce li se spune..."

În unele situaţii, copiii care joacă rolul de tutori sunt confruntaţi din partea copiilor autişti cu probleme mai derutante decât o simplă opoziţie sau neînţelegere: un comportament bizar, care poate provoca descumpănire. Astfel, copiii ajung să-şi pună întrebări asupra propriei persoane şi asupra altora, fiind obligaţi la reflecţie: "Îmi fac probleme deoarece îi determinăm să facă lucruri care nu le plac, deseori plâng şi lovesc şi ne întrebăm de ce, şi atunci am dori să ştim mai multe, ce se întâmplă cu ei".

Cu toate acestea, a lucra cu copii autişti nu este doar o sursă de griji sau dificultăţi, ci şi un prilej de mulţumire, în sensul că, a ajuta un copil care se află într-o situaţie precară poate oferi o recompensă, iar reuşita acestui copil este desori trăită ca o reuşită proprie.

4) *Un demers pedagogic adaptat autismului*

Principiile pedagogice aplicate în cadrul acestei clase corespund celor ale demersului TEACCH, iar profesorii şi educatorii sunt pregătiţi în conformitate cu acestea.

Este vorba, în linii mari, de solicitarea efectivă a copilului, de stimularea sa în mod intensiv, în raport cu practica mediului specializat. În mod evident, trebuie adăugat faptul că în prealabil, copilul este testat pentru evaluarea capacităţilor sale, a domeniilor în care eşuează şi a "emergenţelor", adică a lucrurilor pe care le va putea face într-un viitor nu prea îndepărtat. Această procedură de evaluare care face parte din demersul TEACCH, cu teste adecvate acestor subiecţi, este deseori criticată de cei care nu reţin decât aspectul condiţionării operante, uitând faptul că orice educaţie trebuie să conţină această parte a condiţionării. Este vorba de o pedagogie individuală, centrată esenţialmente pe potenţialul şi trebuinţele copilului, pornind de la un proiect care se actualizează pe tot parcursul şi care ţine cont, în manieră efectivă, de implicarea în partea educativă a părinţilor.

În ceea ce priveşte colaborarea cu părinţii, ea se realizează cu atât mai mult cu cât există o "structură de acompaniere" care intervine ca un terţ în această relaţie, evitând astfel apariţia unor neînţelegeri sau confuzii. Prezenţa acestui terţ în relaţia dintre părinţi şi specialişti este cu atât mai necesară cu cât fiecare se situează pe poziţii diferite şi poate avea uneori puncte de vedere divergente. Acest lucru este cu atât mai frecvent cu cât părinţii sunt mai profund implicaţi în proiectul educativ, fiind la originea inaugurării clasei.

Deoarece este cunoscut faptul că un copil autist nu face el însuşi legătura dintre diferitele situaţii, dacă adulţii din jurul lui nu ajung la un acord, există riscul imposibilităţii generalizării achiziţiilor, lumea rămânând pentru el haotică şi fragmentată. De fapt, adulţii ar trebui să se substituie din exterior funcţiei de stabilire a legăturilor între evenimente şi circumstanţele vieţii, funcţie deficitară în cazul autismului. Datorită faptului că autistul nu reuşeşte să îşi structureze spaţiul, lucrul acesta trebuie îndeplinit pentru el: dacă el nu poate să se adapteze la alţii, aceştia trebuie să realizeze adaptarea. În aceasta constă construirea unui mediu educativ adecvat în care tot anturajul participă în manieră convergentă.

În consecinţă, proiectul pedagogic se realizează, în deplin acord cu părinţii ţinând cont de dorinţele acestora, cu condiţia ca acestea să fie realiste şi să corespundă capacităţilor copilului. Această ultimă condiţie nu este întotdeauna evidentă, după cum se poate constata din relatările personalului care lucrează în această clasă.

5) *Progresul copiilor: punctul de vedere al părinţilor*

Pentru a se putea evalua progresul realizat de copii, punctul de vedere al părinţilor este în mod evident subiectiv, dar merită luat în considerare, având în vedere faptul că aceştia sunt cei care se confruntă zilnic cu dificultăţile inerente educaţiei unui copil autist.

Este de remarcat faptul că, în momentul în care părinţii sunt întrebaţi ce progrese a înregistrat copilul lor, ei evocă "bucuria de a trăi" pe care acesta o manifestă. Fără îndoială, este vorba aici de un criteriu afectiv, dar cum este cunoscută doza maximă de angoasă pe care aceşti copii o suscită în anturaj, expresia bucuriei dovedeşte realmente o importantă ameliorare. Pentru ilustrare, se poate cita din mărturia unei

mame, care explică: "Thomas manifestă evident o bucurie de a trăi, este fericit. Ştie ce anume îi place din toate punctele de vedere, activităţi, hrană, este foarte lacom, tandru, se vede că este un copil care ştie acum ce vrea, iar înainte era foarte fragil. Se simţea ca un copil care avea dorinţele lui, dar care nu reuşea să le exprime. Progresul făcut este imens."

Se poate stabili o relaţie între bucuria copilului şi mijloacele de expresie care i-au fost date pentru exprimarea trebuinţelor. Ce poate fi mai frustrant când avem dorinţe, trebuinţe sau dureri şi când nu dispunem de limbaj, nu avem posibilitatea de a le exprima noi înşine? Pentru a-l ajuta pe un copil aflat în această situaţie, au fost concepute mijloace de expresie şi în mod special mijloace propuse ca "alternative" ale limbajului verbal, adică imagini sau fotografii la care copilul se poate referi şi pe care le poate arăta interlocutorului în momentul în care doreşte ceva. De aici, într-adevăr, poate interveni o ameliorare a stării sale, iar datorită faptului că nu mai prezintă tulburări de comportament atât de devastatoare datorate unei continue frustrări, se poate integra mai uşor în mediu, în primul rând în propria sa familie. În acest sens, mama lui Thomas relatează: "Se integrează mai bine peste tot, adică pot să îl iau cu mine aproape peste tot fără probleme. Bineînţeles că face prostii, este evident autist..., dar îl iau fără complexe la piscină, în parc, în vizită."

Această capacitate de integrare este decisivă pentru integrarea sa socială ulterioară. Un copil care de timpuriu s-a obişnuit a se afla printre ceilalţi, se va integra mult mai uşor mai târziu în societate.

Problema copilului de care a fost vorba mai sus, ca şi a multor copii autişti, este comunicarea cu ceilalţi, acea vestită "retragere de tip autist". În structura creată la Chatenay acest deficit de comunicare a fost ameliorat prin însăşi metoda comunicării. În locul integrării copiilor autişti într-un univers specializat, unde nu pot lua contact decât cu unii copii care nu pot comunica datorită patologiei lor, s-a preferat inserţia acestora într-un univers al celor ce comunică "normal". Dacă este sa acceptăm spusele părinţilor, acest mediu are efecte terapeutice benefice, din moment ce diminuează retragerea de tip autist.

Dar nu este vorba de un rezultat magic, ci de consecinţa unui întreg demers pedagogic individualizat, structurat, care a permis copilului să-şi dezvolte cât mai bine capacităţile de expresie şi comunicare. Evident, copilul rămâne autist, dar este mai puţin retras. Este demn de remarcat entuziasmul unei mame, care afirmă: "Începe să dobândească noţiuni şcolare, cum ar fi cititul, scrisul, socotitul. Este realmente extraordinar să vezi că un copil într-o structură de acest tip face astfel de progrese. Este un copil care se bucură efectiv că merge la şcoală."

Nu este vorba aici numai de o integrare socială, ci de dezvoltarea capacităţilor de comunicare ale copiilor. Obiectivul constă şi în a favoriza exprimarea potenţialului lor intelectual printr-un demers adecvat.

Se poate pune întrebarea, pe bună dreptate, care este viitorul acestor copii integraţi în şcoala normală? Unii dintre ei vor putea continua şcoala într-o clasă integrată de liceu, chiar dacă este vorba de o minoritate. Liceele sunt mult mai puţin primitoare decât şcolile primare pentru copiii cu deficienţe, mai ales dacă această deficienţă este mintală. Organizarea lor este mai complexă, iar exigenţele pedagogice sunt mai mari. Cu toate acestea, există tentative de constituire a unor clase pentru adolescenţi autişti în liceu, fapt care arată că această experienţă merită să fie continuată.

2. Copilul autist şi externatul medico-pedagogic

Dacă conceptul general de autism este cel de tulburare profundă şi precoce a dezvoltării percepţiilor şi a integrării lor, atitudinea terapeutică trebuie să fie apropiată de cea manifestată actualmente în cazul copiilor surzi, ca de exemplu o intervenţie activă împotriva izolării lor, sporirea intensităţii mesajelor aferente, a expresiilor mimice, labiale, gestuale, pentru îmbogăţirea comunicării. Astfel, trebuie create mijloace în vederea realizării contactului şi reducerii tulburărilor de comportament: agresivitatea, instabilitatea, retragerea.

Cine mai poate gândi astăzi că aparatura, reeducarea ortofonică, educarea specială a copilului şi în paralel, educarea părinţilor, sunt pentru copilul surd un aport periculos, agresiv?

Cine mai poate crede că pentru tânărul nevăzător utilizarea bastonului alb în deplasările sale constituie o exigenţă educativă excesivă, o agresiune socio-psihologică?

1. La fel ca şi nevăzătorii sau cei cu deficienţe de auz, tânărul autist nu este predestinat a rămâne în instituţii psihiatrice, iar terapia lui vizează posibilitatea realizării unei vieţi sociale în afara azilelor, prin urmare, terapia autismului vizează o educare optimă în vederea realizării unei adaptări extrainstituţionale.

2. În ultimii ani s-au depus eforturi pentru integrarea multor copii cu handicap mental în grădiniţe, şcoli, în unele clase primare sau în clase unice existente în şcoli. Pentru copilul mic, pe de o parte şi pentru copilul mare, pe de altă parte, şcoala "normală" reprezintă o "baie de normalitate", dovada unei coexistenţe posibile.

Cele câteva ore de prezenţă în şcoală nu trebuie să ne dea iluzia unei reale integrări şcolare, în sens educaţional sau pedagogic: autistul este acceptat, tolerat şi chiar bine primit de către ceilalţi dar adesea el nu beneficiază de nici o metodă pedagogică specifică.

O posibilă rezolvare a acestei probleme pare s-o aducă pluridisciplinaritatea. Pluridisciplinaritatea a fost primul element caracteristic al şcolii "Notre école", primul externat medico-pedagogic pilot pentru o pedagogie adaptată tânărului autist (Rosenberger, 1990).

"Notre école" este o şcoală în care sunt încadraţi 20 de tineri autişti, cu vârste cuprinse între 3 şi 16 ani, împreună cu un personal pluridisciplinar: educatori, psihologi, ortofonoşti, psihomotricieni, infirmiere, medic pediatru.

Înfiinţarea sa a fost originală, şcoala fiind creată în urma unui consens între o asociaţie a părinţilor tinerilor autişti, un medic pediatru şi o secţie de psihiatrie infantilă.

Originea acestui centru relevă, deci, coerenţa de motivaţii şi energii, dobândind o maturitate ca urmare a experienţelor şi eşecurilor trăite de unii în instituţiile clasice.

În plan metodologic, prima caracteristică a centrului constă în seriozitatea evaluării. Observarea, observarea activă spontană şi structurată duce la o evaluare riguroasă a competenţelor fiecărui copil şi a profilului familiei sale.

Observarea pedagogică vizează reuşitele dobândite şi stabile, reuşitele incerte, emergenţele spontane, eşecurile şi incapacităţile care ţin de istoria proprie a subiectului şi de elementele comparative ale claselor de vârstă.

Se impun două referinţe: cea la J. Piaget şi cea la E. Schopler.

De la Piaget s-a preluat valoarea noţiunilor fenomenologice de spaţiu, timp, semiologie, de progresie codificată a schemelor senzorio-motorii, importanţa experienţei şi a învăţării. Se insistă pe două cote esenţiale:

1) întâietatea concretului faţă de abstract în cadrul învăţării psiho-intelectuale;
2) sinergia fenomenelor intelectuale şi educative.

Unitatea de concept a acestor două valori implică faptul că nu există nici ierarhie şi nici alegere între ele; se acceptă că eşecul poate fi şi trebuie să fie structurat; iar educarea tânărului autist nu se poate concepe ca un simplu respect faţă de inerţia autistică. Nu există educare fără riscuri, cu atât mai mult educare fără iniţiativa adultului, fără intervenţia sa.

De la Schopler s-a însuşit utilizarea metodelor de evaluare adaptate autiştilor, cum ar fi Profilul Psiho-Educaţional *(P.E.P.)*.

Elementul de noutate, instituit în cadrul externatului îl constituie aportul medical ca ajutor în procesul educaţional. Aceasta înseamnă că observarea medicală este asociată observării pedagogice, fiind cea practicată faţă de un copil considerat ca "purtător" al unui sindrom patologic neuropsihiatric.

Prezenţa medicală specializată permite:

- explorarea biologică şi tehnică de care aceşti copii au nevoie,
- posibilitatea chimioterapiei, integrată în aportul psiho-educaţional.

Obiectul principal al centrului este conceperea unui program individualizat, coerent, reevaluat la anumite intervale de timp. Un astfel de program trebuie să ţină seama, bineînţeles, de dorinţele părinţilor, mai ales în ceea ce priveşte achiziţiile sociale implicate în viaţa cotidiană: deplasări, igienă personală, alimentaţie, jocuri, comportamentul în colectivitate, somn etc.

Echipa şi părinţii conlucrează la elaborarea unui demers comun a acţiunilor care să conducă la: precizarea priorităţilor, ierarhizarea priorităţilor familiale, precizarea mijloacelor utilizate, într-un cuvânt – fezabilitatea procesului terapeutic.

Externatul medico-pedagogic își merită numele datorită metodelor colective și scopurilor pedagogice. Copiii sunt reuniți aici pentru a învăța împreună și, de asemenea, pentru a învăța să comunice.

O asemenea abordare pedagogică ridică două probleme:

- metoda pedagogică,
- intensitatea presiunii educative.

Metoda pedagogică

a. Refuzul regresiunii

Prima misiune pedagogică constă în refuzul activ al izolării copilului, al stereotipiilor, al autoagresivității, al fricii și al conduitelor regresive (alimentație, control sfincterian).

Rolul adultului este acela de a interveni pentru întreruperea conduitelor regresive: intervenție simplă de deturnare/schimbare a activității copilului, antrenare într-o activitate comună sau comutare de la o activitate parazită la o conduită adaptativă apropriată.

b. Pedagogia concretă

Atitudinile educaționale sunt individualizate pentru fiecare subiect, în funcție de ritmul și de necesitățile copilului.

Fiecare copil lucrează cu un pedagog/educator, în grupa alcătuită din copii foarte retardați. Alte grupe de copii lucrează cu imagini, limbaj scris. Alte grupe lucrează cu ajutorul limbajului oral și scris, efectuează clasificări, aranjări în ordine, desfășoară activități manuale concrete preprofesionale.

În fiecare clasă, copiii sunt așezați la mese, împreună cu educatorul fiecăruia, acesta putând sta fie în fața copilului, fie în spatele acestuia. Educatorul desfășoară activități de învățare cu copilul, utilizând cât mai multe căi de exprimare: privirea, mimica, gestica, cuvântul.

Sunt vizate stabilitatea, atenția, interesul pentru contact și progresele ce sunt obținute prin repetiții.

Educatorul poate lua copilul de mână pentru a-l ghida și pentru a-l angaja în stabilirea contactului cu privirea.

Copiii autiști trebuie învățați tot ceea ce un copil fără probleme învață spontan, prin intermediul privirii, prin ascultare, prin imitație. Trebuie să se știe că această învățare este întotdeauna foarte lentă și

deloc uşoară, trebuie avute în vedere dificultăţile de atenţie şi de înţelegere a acestor copii faţă de atitudinile noastre, faţă de limbajul nostru.

Refuzurile, furiile unui copil sunt adesea, sinonime cu neînţelegerea. Adultul este acela care trebuie să găsească răspunsuri la problemele ridicate de copil. Acest lucru se operează printr-o simplificare constantă, printr-o muncă în domeniul concretului, cu ajutorul multiplilor indici: acţiuni, vizualizări, obiecte concrete, fotografii etc.

Copilul trebuie învăţat să rămână aşezat, să privească la ceea ce i se arată, să-şi fixeze privirea asupra unui obiect, a unei persoane; trebuie învăţat să-şi canalizeze şi mai apoi să-şi menţină atenţia.

Timpii pedagogici sunt alternaţi cu momente de joc, cu activităţi motrice, muzică. Intervenţia adultului este primordială, ea trebuie să se impună într-o manieră constantă, într-un context de fermitate şi căldură.

În cadrul activităţilor educative, copiii sunt grupaţi câte 2 sau 3, după capacităţi, dar întreaga echipă este responsabilă pentru toţi copiii. Fiecare membru al echipei îşi asumă o grupă de lucru şi schimbă grupa frecvent. Se doreşte ca toţi copiii să fie confruntaţi cu aceleaşi demersuri pedagogice şi totodată să fie confruntaţi cu persoane diferite. Această apropiere a mai multor persoane de un copil pare a fi esenţială, pentru

1) copilul care învaţă: adaptarea, puţin câte puţin, la persoane diferite, recunoaşterea acestor persoane constituie prima încercare de socializare şi de ieşire din comportamentul ritual şi obsesional;

2) echipa de specialişti, care poate să se familiarizeze progresiv cu această abordare educaţională; se creează o reală muncă în echipă, sudată în jurul fiecărui copil.

O după-masă pe săptămână este consacrată ieşirilor în oraş sau mersului la piscină.

După deschiderea acestei şcoli, cu titlu experimental, în vederea aprecierii impactului unei terapii educaţionale asupra copiilor autişti, s-a trecut la adoptarea unui sistem de evaluare, la două niveluri:

- nivelul de diagnosticare;
- nivelul cunoştinţelor dobândite.

Astfel, *diagnosticul sindromului autist şi severitatea autismului* sunt confirmate de referirile la două scale:

a) *ERC-A*/Scala Bretonneau 1984/1985, elaborată de echipa profesorului Lelord, la Tours, Franţa;

b) *CARS* - Childhood Autistic Rating Scale - creată de E.Schopler, Reichler, Devellis, Daly, 1971, în Carolina de Nord, SUA.

Aceste scale punctează importantele trăsături autistice, ca de exemplu:

- conduitele de izolare, atitudinile de retragere; tulburări de conduită faţă de obiecte;
- tulburări de atenţie; stereotipiile gestuale;
- probleme de limbaj;
- tulburări de comportament şi de afectivitate;
- tulburări de conduită în ceea ce priveşte alimentaţia şi somnul;
- reacţiile paradoxale la percepţiile senzoriale.

O ameliorare notabilă a comportamentului copiilor din cadrul centrului, în cursul terapiei s-a putut observa în următoarele domenii:

- adaptarea socială;
- o atenţie mai susţinută;
- o ameliorare a instabilităţilor, o diminuare a a auto- şi heteroagresivităţii;
- apariţia jocului spontan, la unii dintre copii;
- dispariţia unor stereotipii gestuale şi a tulburărilor de conduită faţă de obiecte.

Achiziţiile dobândite au fost evaluate cu *ERC-A* modificată şi cu scala *P.E.P.* Cotarea, în parte, se face prin raportarea la un grafic dinainte stabilit şi care permite situarea nivelului la care se află copilul în domeniul realizărilor practice, prin raportarea la nivelurile de realizare ale unui copil normal.

Copiii integraţi în centru au fost evaluaţi la niveluri de eficienţă deficitare; la intrarea în şcoală, doar 2 copii au trecut în ansamblu *P.E.P.*-ul fiind situaţi la un nivel de eficienţă corespunzător vârstei de 7 ani; un singur copil se situa la un nivel inferior vârstei de 1 an. *P.E.P.*-ul este administrat la intrarea în centru în vederea orientării terapiei educaţionale şi repetat în fiecare an, facându-se o evaluare obiectivă şi cuantificabilă a achiziţiilor.

Progresele sunt mai rapide în primul an, urmând apoi o perioadă de încetinire; achizițiile sunt mai clare la copiii de vârste mici și fluctuează în fiecare an în funcție de fiecare copil.

Programul educațional individualizat, în funcție de capacități, de comportamentul copilului, de dorințele părinților, este notat într-un caiet; tot aici sunt definite liniile principale ce trebuie urmate, activitățile ce trebuie efectuate. Fiecare membru al echipei notează în caiet toate activitățile susținute și de asemeni, rezultatele obținute.

Caietul este revăzut de întreaga echipă, în mod regulat, în cadrul unor reuniuni în care sunt discutate noile orientări, deciziile pentru săptămânile următoare. Caietul poate fi pus și la dispoziția părinților care-l pot consulta.

Evaluările ar fi incomplete dacă nu s-ar ține seama și de alte elemente importante care fac parte din viața acestor copii:

- autonomia personală: hrănirea, igiena personală, îmbrăcatul-dezbrăcatul, activitățile de relaxare;
- limbajul: retardul limbajului rămâne unul din simptomele importante ale sindromului autist;
- planul motor: progresele în domeniul motricitatii globale;
- tulburări de comportament: instabilitatea, impulsivitatea.

Există și un alt caiet care menține o legătură permanentă între părinți și specialiști, pentru fiecare familie în parte, în vederea asigurării unei cooperări eficace între echipa de specialiști și părinți. Prezența acestora este acceptată în centru, unde pot petrece o zi sau mai multe. Părinții pot urmări caietul individual al copilului lor și pot veni să vorbească despre dificultățile pe care le întâmpină, în orice moment. Reuniunile părinți-echipă au loc în mod regulat. Părinții iau parte la ieșirile din afara școlii, la serbări. Ajutorul cel mai mare îl pot primi din partea unui terapeut specialist în tulburări de comportament care îi poate învăța să înțeleagă tulburările de comportament ale *copilului atunci când acesta* se afla acasă; *aceste activități desfășurate* în paralel, permit copilului autist să se regăsească, să se adapteze mai bine și să ajungă la o generalizare a achizițiilor.

Această cooperare constantă, părinți - specialiști, nu este ușor de realizat, din următoarele motive:

• limita exigențelor pedagogice nu este aceeași pentru toți și unii părinți nu sunt pregătiți să urmeze sfaturile date de echipă;

• specialiștii, acaparați de copil, uită de dificultățile părinților de a accepta handicapul și de angoasa lor ca urmare a acestui fapt. Se recomandă ca, împreună, părinții și specialiștii să definească și redefinească capacitățile copilului, scopurile propuse; echipa trebuie să țină cont întotdeauna de problemele pe care le pun părinții cu privire la copilul lor. Prioritățile și condițiile familiale orientează strategia terapeutică specifică fiecărui caz în parte;

• deschiderea școlii spre lumea exterioară.

Prin ieșirile în piețele apropiate, la magazine, la teatru sau cinema s-a urmărit facilitarea integrării copiilor într-un mediu normal dar s-a vrut și realizarea acceptării copiilor autiști de către ceilalți. Oamenii au început să-i privească altfel și să le ofere un statut de copii acceptați, indiferent de specificitatea lor. S-a putut realiza și integrarea mai multor copii la cursurile de gimnastică sau muzică din cadrul unei școli primare din apropiere. Copiii au fost acceptați, și-au găsit locul într-un grup important și s-au lăsat antrenați în activități comune sau au participat la diferite tipuri de activități.

În acest context de deschidere a școlii, în cadrul ei s-a organizat o supraveghere medicală reală, pe plan somatic s-au realizat diferite examene specializate și diverse examinări paraclinice stabilindu-se tratamentele medicamentoase.

Cei care au vizitat "Notre école" la deschidere, au putut vedea copii autiști ce puteau fi descriși astfel: copii împrăștiați în toată sala, izolați unul de altul, indiferenți la prezența adulților sau țipând dacă aceștia încercau să se apropie de ei; undeva, o fetiță scuipând o jucărie fetiș adusă de acasă, urlând la vederea adulților și jucându-se cu saliva; mai încolo, un copil refugiat într-un colț manipulând un capăt de sfoară pe care refuza să-l abandoneze; un altul învârtindu-se în salturi, ascunzând cu dibăcie tot ce găsea în calea sa; altul absorbit de stereotipiile gestuale: mișcări contorsionate ale mâinilor sau mișcări pendulare ale capului, rebel la toate intervențiile adultului; altul plimbându-se la nesfârșit în vârful picioarelor, copii care nu reacționau la vocea umană sau la strigarea lor pe nume.

După 5 ani, aceiaşi copii aşezaţi în faţa unei mese, jucându-se cu jocuri educative, cuvinte scrise, aliniind jetoanele pentru a le număra, reproducând cuvinte pe ordinator sau construind fraze din cuvinte decupate. Pentru un moment, atenţia se disperseazā, privirea fuge dar rămân sensibili la intervenţia adulţilor şi-şi reiau activitatea. Toţi lucrează şi participă în mod activ la activităţile propuse.

Trebuie văzuţi în sala de gimnastică, dansând împreună, ţinându-se de mâini sau în recreaţii, apropiaţi şi jucându-se împreună.

Acesta ar fi rezultatul celor 5 ani de terapie educaţională, aplicată unor copii consideraţi ineducabili.

Pentru ilustrarea obiectivă a acestor aspecte, se prezintă cazul unui copil, Pierre, urmărit pe o perioadă de 3 ani.

<u>Caz clinic</u>

La intrarea în "Notre école" , Pierre avea 4 ani şi jumătate. Este cel mai mic copil, având o soră de 8 ani, sănătoasă; în familie există antecedente psihiatrice, dar Pierre nu a prezentat nici un incident medical după naştere.

Antecedente personale: născut la termen, crescut acasă de mama sa fără dificultăţi aparente copilul n-a prezentat nici o tulburare de somn sau de apetit. Cu timpul, s-a observat prezenţa unui lejer retard psihomotor:

- apariţia mersului, la 17 luni,
- controlul sfincterian, nocturn şi diurn, instalat în jurul vârstei de 3,5 - 4 ani,
- nedezvoltarea limbajului până la vârsta de 4 ani; n-a spus niciodată "mama" sau "tata"; gânguritul era rar; tranzitoriu, rostea cuvântul "nu".

Această carenţă în dezvoltare şi lipsă a limbajului au alertat familia, copilul fiind dus la prima consultaţie.

Diagnosticul de autism n-a fost niciodată suspectat de către părinţi, retardul în dezvoltarea limbajului fiind considerat mult timp ca având cauze ereditare, tatăl lui Pierre dobândind destul de târziu limbajul.

La întocmirea anamnezei, la interviul cu părinţii s-a relevat un comportament particular al copilului în primele luni de viaţă: un sugar

prea calm care nu solicita nici mâncarea. Apoi, un copil izolat pentru care nu conta compania altor copii şi care îşi ignora chiar şi sora mai mare. Se juca singur, doar cu jucăriile sale, refuzând toate intervenţiile venite din exterior; fără jocuri constructive sau imaginative, doar jocuri de manipulare, de balansări, jocuri "obsesionale" de aranjare în ordine a unor capete de sfori sau de lemn. Singurul joc care-l interesa era puzzle-ul.

Nu prezenta tulburări de comportament: copil docil, prezentând doar câteva crize de ţipăt fără un motiv anume şi pe care nimic nu l-a putut calma.

Trecerea la alimentaţia cu alimente solide a fost foarte dificilă, alimentarea cu biberonul prelungindu-se până la 4 ani.

Somnul nu ridica probleme, după un ritual de adormire cu ajutorul biberonului.

Autonomia este limitată: a început să se alimenteze singur de puţin timp, fiind întotdeauna îmbrăcat şi dezbrăcat de un altul; nu mergea singur la toaletă.

Comunicarea a fost absentă dintotdeauna. Înţelegea unele cuvinte şi unele ordine simple, dar întotdeauna a fost mut.

A fost şcolarizat, după vârsta de 3,5 ani, într-o clasă la ţară şi faptul că el era diferit de ceilalţi copii a devenit evident pentru părinţi. Participa puţin la activităţile comune şi trebuia să fie foarte solicitat de ceilalţi copii şi de institutori.

După o examinare medicală făcută în cadrul unui spital de pediatrie din Paris, a fost pus diagnosticul de autism şi părinţii au solicitat o încadrare în "Notre école". La intrarea în şcoală Pierre prezenta un autism de intensitate severă, fără nici o formă de limbaj, foarte izolat, nestabilind contacte cu ceilalţi, fără activitate ludică.

P.E.P.-ul a putut fi aplicat de mai multe ori şi s-au scos în evidenţă realizările practice ale unui copil corespunzătoare vârstei de 2 ani şi 2 luni, obţinând un scor global de 22 de puncte: eşec global practic omogen situat în jurul vârstei de 2 ani.

După un an de terapie, a doua testare cu *P.E.P.*, a evidenţiat un progres de până la 45 de puncte sau o vârstă de 2 ani şi 10 luni; achiziţii maxime în domeniul percepţiei, un progres important în cel al imitaţiei precum şi în celelalte domenii de dezvoltare, cu excepţia celui verbal.

Terapia educaţională a constat în insistarea pe capacităţile de imitaţie, în propunerea de jocuri, din ce în ce mai elaborate, de reproducere a unor modele simple apoi a unora mai complexe precum şi jocuri de prelectură.

Pierre era tot mai interesat de tot ce i se propunea, lucra rapid şi eficace în rezolvarea sarcinilor propuse, făcând apel la memoria vizuală. S-a putut observa însă un comportament mai lent şi ezitant, cu atitudine oarecum catatonică, în activităţile care făceau apel la limbajul oral: alegerea obiectelor, desenarea culorilor, a schemei corporale, executarea unor ordine simple; au existat şi situaţii în care el s-a împotrivit efectuării sarcinii. În vederea facilitării activităţilor de învăţare, el a fost solicitat să lucreze cu cuvinte scrise asociate culorilor, formelor, mărimilor, noţiuni pe care Pierre le-a memorat şi asimilat repede.

După 2 ani, un al treilea *P.E.P.*-ul administrat confirmă un progres de până la 56 de puncte sau o vârstă de 3 ani şi 4 luni, cu un maxim obţinut în domeniul percepţiei şi al motricităţii generale şi fine.

Ca urmare a terapiei educaţionale, Pierre a învăţat foarte repede şi uşor numeroase cuvinte scrise, în asociaţie cu imagini sau obiecte. Era capabil să indice sau să dea obiectul corespunzător sau imaginea corespunzătoare în urma unei solicitări scrise dar niciodată în urma unei solicitări verbale; în paralel, a început să-şi folosească vocea modulând-o în repetarea unor foneme sau a unor cuvinte monosilabice.

Progresiv, a devenit un copil mai activ, mai interesat de ceea ce se petrecea în jurul său, care nu mai fugea de ceilalţi şi căuta compania altora. Imitaţiile verbale au fost în continuare destul de dificile, dar s-a putut observa prezenţa generalizării achiziţiilor în jocurile de asociaţie a ideilor, în activităţile de categorizare.

După 3 ani, ultimul *P.E.P.* aplicat a evidenţiat o evoluţie de până la 64 de puncte sau o vârstă de 3 ani şi 9 luni. Punctajul maxim îl obţine în trei domenii de dezvoltare: percepţie, motricitate globală şi fină, coordonare ochi-mână. S-a înregistrat un progres şi în celelalte domenii de dezvoltare dar rezultatele sunt încă insuficiente şi pot fi în continuare ameliorate.

Din punct de vedere clinic, el a suferit o transformare: este un copil care acum îşi priveşte interlocutorul, se joacă de preferinţă singur, dar

participă la diverse activităţi şi nu mai ridică probleme de comportament nici în centru şi nici acasă. Doar limbajul a evoluat puţin, în special latura sa expresivă în comparaţie cu cea de comprehensiune.

Acest copil, normal din punct de vedere fizic, i-a determinat pe specialişti să înţeleagă marile dificultăţi în domeniul comprehensiunii verbale şi incapacitatea sa totală de a decoda orice mesaj transmis verbal; în compensaţie, memoria sa vizuală i-a permis să asimileze rapid jocuri din ce în ce mai elaborate, să se mobilizeze şi să fie interesat de activităţile propuse. Memoria vizuală a fost cea care i-a facilitat şi memorarea a numeroase cuvinte scrise, pentru a înţelege noţiunile elementare şi esenţiale pe care nu le-ar fi putut înţelege niciodată verbal.

Doar terapia educaţională a permis acestui copil şi celorlalţi, bineînţeles, să înveţe să trăiască, să se deschidă spre lume, ca orice copil, cu particularităţile sale, cu specificul său, cu propria-i personalitate.

Analizând diagramele de comparaţie a două categorii de subiecţi, beneficiari sau nu de terapii educaţionale adecvate pot fi reliefate anumite aspecte care pledează cauza celor dintâi.

La subiecţii care au beneficiat pe parcursul câtorva ani de tehnici şi modalităţi corectiv-compensatorii s-a remarcat: o ameliorare semnificativă a tulburărilor autistice în următoarele domenii comportamentale:

- o cedare în intensitate a fenomenului de agresivitate (atât a autoagresivităţii cât şi a heteroagresivităţii);
- adaptarea socială cu diminuarea retragerii şi a izolării precum şi a ignorării celorlalţi; o mai bună interacţiune socială;
- o cedare a intoleranţei la schimbare şi frustrări;
- o atenţie mai susţinută;
- dispariţia unora dintre stereotipiile gestuale şi a unor tulburări de conduită faţă de obiecte şi jucării.

S-au obţinut achiziţii majore în ceea ce priveşte autonomia personală:

- achiziţia controlului sfincterian; un somn mai satisfăcător;
- achiziţia abilităţilor de a se îmbrăca şi dezbrăca singuri; formarea abilităţilor de a se hrăni singuri;
- dezvoltarea motricităţii globale şi fine.

Domeniul în care s-au înregistrat achiziţii minime este cel al limbajului verbal.

La subiecţii care nu au fost incluşi în nici o instituţie de educare şi care nu au beneficiat de nici o intervenţie psiho-pedagogică au devenit evidente:

- intensitatea accentuată a fenomenului de agresivitate, în special a celui de autoagresivitate;
- tulburările de conduită faţă de obiecte cu un caracter permanent;
- ignorarea celorlalţi;
- permanenta izolare de tip autist;
- lipsa interacţiunii sociale;
- perturbări grave în domeniul motricităţii globale şi fine;
- tulburări grave ale conduitelor alimentare;
- incapacitatea de fixare a atenţiei;

Pe de altă parte stadiile de dezvoltare sunt mult inferioare vârstei cronologice în ceea ce priveşte autonomia personală, şi anume:

- neachiziţia controlului sfincterian;
- lipsa aptitudinilor de hrănire individuală;
- lipsa abilităţilor de a se îmbrăca şi dezbrăca singuri;
- lipsa oricărei forme de limbaj;
- tulburări de adormire şi treziri matinale.

Aceste constatări nu fac decât să sublinieze necesitatea înfiinţării unor centre de zi specializate şi adaptate specificului acestui tip de tulburare comportamentală, în cadrul cărora să se poată institui terapiile şi tehnicile corectiv-compensatorii. Totodată trebuie avute în vedere şi următoarele aspecte:

1) asigurarea posibilităţilor de formare a specialiştilor în acest domeniu;
2) adaptarea unor măsuri în vederea integrării şcolare şi sociale după ce aceşti copii părăsesc grădiniţa;
3) importanţa muncii în echipă, a pluridisciplinarităţii acesteia (psiho-pedagogi, logopezi, psihomotricieni, psihologi, asistenţi sociali, pediatri, neuropsihiatri);

4) educarea părinţilor şi informarea lor cu privire la:
   – diagnosticul de autism: ce înseamnă, cum se manifestă;
   – tulburările asociate ce pot apărea (o eventuală apariţie a crizelor epileptice la pubertate şi a tulburărilor de comportament sexual);
5) antrenarea părinţilor în munca echipei, cu intenţia de a deveni colaboratori activi, parteneri efectivi în procesul recuperator;
6) punerea lor în legătură cu alţi părinţi care se confruntă cu aceleaşi probleme, în vederea eliminării sentimentului că sunt singurii în această situaţie.

3. Pedagogia generalizării în cazul autismului

Condiţiile optime ale învăţării sunt acelea în care contingenţele relaţiei educative suscită în manieră spontană o nouă competenţă în repertoriul subiectului, iar acest lucru se petrece într-un context cât mai natural. Nici un program sistematic, nici o tehnică explicită nu controlează sau înregimentează învăţarea. Astfel, input-ul sau stimulii veniţi din anturaj furnizează o mediere educativă care îl incită în mod natural pe subiect să prelungească, să extindă şi să transfere ceea ce a învăţat. În aceste condiţii, principiile educative sunt eficace, iar educatorul a ştiut să identifice ceea ce subiectul era pregătit să înveţe (zona sa proximă de dezvoltare) pentru a alege astfel numărul exemplarelor necesare acestei generalizări. O contingenţă optimală se corelează cu un program educativ flexibil şi bogat şi nu cu o metodă aleasă la întâmplare, fără vreo mediere educativă.

Atunci când o persoană prezintă un deficit funcţional sau organic sau dacă mediul înconjurător nu oferă o stimulare adecvată (sub-stimulare sau supra-stimulare), generalizarea devine o problemă spinoasă. Condiţiile naturale sau incidentale devin insuficiente pentru asigurarea unei generalizări ale competenţelor exersate. Fără o programare explicită a generalizării, persoana cu deficienţe va întâmpina dificultăţi de a transfera ceea ce a învăţat într-o anumită situaţie înspre o alta. Această a doua condiţie este numită contingenţă de preevaluare controlată.

O a treia şi ultimă categorie o constituie cea a generalizării postintervenţie, care este articulată în momentul în care contingenţele naturale sau controlate nu au dus la un transfer al învăţării. Din acest moment, devine utilă intervenţia tehnicilor adiţionale. Cu toate acestea, dacă aceste intervenţii suplimentare sunt la fel de laborioase ca şi programul anterior, atunci se poate trage concluzia conform căreia generalizarea a fost un eşec. De asemenea, dacă este necesară elaborarea unui context similar celui amenajat în programul de intervenţie iniţial, nu se poate vorbi de o generalizare efectivă. Generalizarea trebuie să releve un transfer în condiţii diferite (persoane, contexte, comportamente, timp) de cele din cursul fazei de predare.

Orice program educativ vizează o generalizare a competenţelor predate, în caz contrar procesul de predare fiind considerat ineficient. Atunci când elevul generalizează, el demonstrează achiziţionarea unor cunoştinţe noi deoarece le poate aplica în alte sfere ale vieţii. Majoritatea programelor educative pentru copiii "normali" vizează fixarea naturală a generalizării şi a menţinerii competenţelor predate. Generalizarea nu este controlată în demersul pedagogic, iar testele recapitulative administrate la sfârşitul unui program verifică mai degrabă memorarea cunoştinţelor achiziţionate decât exercită un control asupra aplicării posibile a noţiunilor şi conceptelor predate în alte sfere de interese. Generalizarea este rareori abordată în manieră explicită în învăţământul obişnuit.

În cazul copiilor deficienţi, şi cu atât mai mult la autişti, generalizarea este extrem de problematică. A spera efectuarea de la sine a unei generalizări spontane este o practică nerealistă. În consecinţă, programele educative pentru copiii autişti trebuie să aibă în vedere, în mod sistematic, generalizarea competenţelor, bazându-se pe o tehnologie care să controleze eficient dificultăţile majore întâmpinate de aceştia. Programul de generalizare nu trebuie totuşi realizat într-un context restrictiv care se dovedeşte incompatibil cu un transfer de cunoştinţe.

O perspectivă mai bună este aceea în care educatorii urmăresc obiective comune, în funcţie de metoda de predare exersată în diverse situaţii şi în diverse locuri. O altă perspectivă interesantă este dezvoltată

în cadrul intervenţiei comunitare intensive elaborată de Sailor şi de colaboratorii săi (1988), în funcţie de teoria pertinenţei contextuale (pertinenţa contextuală este un sistem organizat al consecinţelor prevăzute în momentul în care obiectivele personale sunt urmărite în contextul social natural al elevilor).

Pentru a contextualiza aceste două perspective de predare a generalizării, este necesară o expunere a problemelor generalizării în cazul autismului şi apoi prezentarea strategiilor şi tehnicilor principale care sunt menite să rezolve aceste probleme.

Problemele generalizării în autism

1. O primă problemă este legată de faptul că persoana autistă prezintă tendinţa de a răspunde la un număr restrâns de stimuli în momentul tratării informaţiilor verbale şi non-verbale care îi sunt prezentate. Autiştii "hiperselecţionează" un anumit tip de informaţii sau anumite aspecte ale acestora. În faţa unui stimul complex, cuprinzând proprietăţi vizuale, auditive şi tactile, ei nu răspund de cele mai multe ori decât la un singur tip de proprietăţi. În consecinţă, situaţia de predare trebuie să fie relativ detailată pentru a focaliza atenţia copilului asupra elementelor esenţiale ale unui concept sau cuvânt, mai ales dacă evenimentele anterioare care controlează iniţial un comportament sau o performanţă sunt artificiale. În genere, după acestea urmează o privare sau o pierdere senzorială care solicită subiectul în mai mică măsură. În cazul unui control al evenimentelor anterioare trebuie în acelaşi timp să se menţină un context natural de predare şi să se prezinte un conţinut şi evenimente anterioare care se completează, iar autistul să fie orientat spre fiecare element important al sarcinii.

2. Clasa răspunsurilor persoanei autiste este frecvent inadecvată: comportamente agresive, de automutilare şi de auto-stimulare perturbă deseori relaţia educativă. Aceste comportamente vor fi cu atât mai problematice în alte contexte de viaţă. Printr-un proces de predare prioritară a competenţelor care sunt general izabile în sine, ca de exemplu, limbajul, jocul, aceste comportamente devin inoperante.

Metodele de reîntărire a răspunsurilor subiectului pun de asemenea probleme la două niveluri. Un program continuu de reîntărire este bine primit de copilul autist, dar dacă se schimbă contingenţele de reîntărire,

el se adaptează cu dificultate. În ceea ce priveşte alegerea reîntăririlor, deficitul social al autistului nu facilitează sarcina de trecere a întăririlor materiale la întăriri sociale, care se dovedesc deseori ineficienţi într-un program educativ iniţial.

3. Persoana autistă rezistă în faţa schimbării. Dacă aceste contingenţe de reîntărire care au loc în mediul de învăţare sunt diferite de cele utilizate în mediul natural, autistul nu-şi va menţine competenţele achiziţionate, adică, cu timpul, va pierde ceea ce a dobândit. Această problemă a menţinerii pare a se explica prin diferenţierea dintre situaţia de predare şi celelalte contexte de viaţă. Copilul autist nu realizează faptul că ceea ce a învăţat se aplică într-un alt context, chiar dacă cele două medii sunt diferite.

4. În pofida deficitelor severe de limbaj prezentate de copilul autist, predarea directă şi sistematică a competenţelor lingvistice suscită progrese lente, dar regulate. Pentru a contracara limbajul prefabricat pe care autistul îl manifestă frecvent, este necesară utilizarea unor strategii de mobilizare a verbalizărilor spontane şi originale, atât în situaţia de învăţare, cât şi în mediul natural. Se vizează aici o generalizare a răspunsului verbal.

5. O altă problemă majoră este legată de obiectivele globale ale curriculum-ului. Sarcinile de predare care nu sunt asociate vârstei cronologice a subiectului, cele care nu se întâlnesc în mediul natural şi cele predate într-un context controlat de către întăririle artificiale nu facilitează generalizarea competenţelor.

Strategiile de predare a generalizării

1) Rezolvarea problemei controlului stimulilor

Obiectivul vizat este acela de a controla stimulii prin intermediul unui control extra-stimuli, adică printr-o amenajare a condiţiilor anterioare. La modul general, pentru un autist, condiţiile anterioare controlate în manieră prea strânsă (un pedagog într-un anume loc prezentând un consemn verbal precis) riscă să-l orienteze către o "hiperselecţionare" a unui număr restrâns de indicii, fapt care să determine neluarea în considerare decât a elementului sau elementelor prezentate. În loc să înveţe să generalizeze, el învaţă să discrimineze contextul de predare în raport cu alte contexte din viaţa sa. Condiţiile

anterioare care ar facilita generalizarea sunt cele funcționale, care au o probabilitate mai mare de ocurență în alte medii și evenimente susceptibile de a fi întâlnite în mediul natural. Cu cât aceste evenimente anterioare se produc mai frecvent într-o zi sau o săptămână, cu atât mai multe vor fi ocaziile de a exersa performanța-țintă.

Trei sunt strategiile care asigură o pertinență funcțională a stimulilor prezentați:

a) prezentarea unui număr suficient de mare de exemple de stimuli. De exemplu, în cadrul predării conceptului de "scaun", o experiență a diferitelor tipuri de scaune;

b) prezentarea de stimuli care sunt comuni cu cei din mediul natural, stimuli fizici și sociali din propria viață, utilizarea unui calendar similar cu cel care se regăsește la domiciliu sau într-un magazin pentru predarea noțiunii de timp;

c) un mod de predare variat din punctul de vedere al instrucțiunilor sau consemnelor și reîntăririlor necesare pentru a realiza o ancorare maximă în mediul natural.

În ceea ce privește locul de învățare, s-a dovedit faptul că generalizarea nu se face atunci când intervenția se desfășoară într-un singur loc. Ca o soluție a acestei probleme au fost propuse o serie de strategii banale dar eficace:

- învățarea în mediul natural utilizând stimuli având valoare funcțională;
- un program de reîntărire similar constant între situația de predare și alte situații din viața subiectului;
- continuarea predării în alte contexte ale vieții subiectului.

Teoria pertinenței contextuale propune amenajări în contextul de mediu care să crească la maxim motivația elevului pentru învățare și pentru generalizarea unei noi competențe. Pentru metoda educativă prezentată este necesară respectarea unor principii și realizarea unui context de predare care să valorifice interacțiunile reciproce. Învățarea și generalizarea unei competențe sunt puse în valoare prin:

- alegerea competențelor funcționale;
- integrarea indicilor și a consemnelor asociate proprii stilului de învățare al subiectului;
- întreruperea clișeelor stereotipe ale comportamentului.

Pertinența contextuală este operaționalizată în funcție de șapte factori:

- competența predată trebuie să aibă o utilitate imediată, dacă nu esențială, pentru învățarea unei competențe mai generale;
- competența este dorită de către elev, care alege în mod spontan să participe la dobândirea ei;
- competența este învățată într-un context social; achiziția sa este produsul interacțiunilor cu mai multe persoane privilegiate;
- competența este învățată în contextele fizice actuale în care va fi exersată;
- competența este practică, adică ea îndeplinește o necesitate resimțită în mod frecvent;
- competența este adecvată vârstei cronologice și va facilita participarea la activitățile comunitare:
- competența este "adaptabilă", adică exersată în numeroase situații cu amenajări adecvate.

2) Rezolvarea problemei generalizării pentru evenimentele importante

La nivelul controlului clasei răspunsurilor, este necesară predarea a numeroase tipuri de răspunsuri care se produc în mediul natural al copilului autist (competențe funcționale) sau răspunsuri care prelungesc interesele sau preferințele fiecărui subiect. În plus, se caută formarea unui număr suficient de clase de răspunsuri, acestea reflectând diversitatea răspunsurilor posibile. Competențele care trebuie predate cu prioritate sunt limbajul și comunicarea, jocul adecvat, aprecierea reîntăririlor intrinseci și a noilor reîntăriri sociale (Carr, 1980). De asemenea, este necesară adăugarea unei predări explicite a generalizării sau a extensiunii răspunsurilor pentru alte situații care permit îmbogățirea aplicațiilor posibile a ceea ce a fost învățat.

La nivelul reîntăritorilor, strategiile care par să favorizeze generalizarea sunt legate de o ajustare progresivă a contingențelor naturale (inițial, o întărire continuă care se estompează către o întărire intermitentă) imprevizibile. Un program variat de întăriri naturale îl motivează pe cel care învață să fie agentul propriei lui schimbări.

Tehnica controlului personal prin auto-observaţie asupra comportamentului sau a performanţei se dovedeşte de asemenea favorizantă (Stokes, 1977).

3) Rezolvarea problemei menţinerii competenţelor

Menţinerea competenţelor funcţionale este facilitată de trei strategii: a) realizarea unei situaţii de predare cât mai apropiate posibil de situaţiile obişnuite de viaţă ale subiectului; b) introducerea contingenţelor de reîntărire naturale şi nediscriminative între mediul de predare şi celelalte contexte ale vieţii subiectului, acesta învăţând să se auto-reîntărească şi să se afirme ca agent al proprei sale schimbări; c) formarea părinţilor, profesorilor şi colegilor de vârstă în sensul aplicării în continuare a aceloraşi modalităţi de intervenţie în alte locuri. Generalizarea în timp sau menţinerea competenţelor învăţate sunt singurele domenii în care o serie de dovezi acumulate sprijină eficacitatea generală a formării părinţilor, cel puţin a părinţilor din clasa de mijloc. Părinţii trebuie să fie formaţi în mod specific pentru fiecare dintre competenţele care le sunt predate copiilor lor. În general sunt suficiente 25-50 ore de formare pentru părinţi, în comparaţie cu 225 ore de predare directă, într-un mediu structurat, pentru producerea unei ameliorări iniţiale la copil, o ameliorare durabilă mai pronunţată într-o gamă de comportamente (Koegel, 1980).

Factorul care pare să contribuie la eficacitatea formării părinţilor este competenţa în a aplica o tehnologie a controlului personal: autoreîntărire, autoevaluare, autodiagnostic şi identificarea scopului care trebuie atins.

Pentru ca persoana care intervine în procesul de predare să poată avea o viziune mai completă asupra competenţelor funcţionale ale autistului, Sailor şi Guess (1983) au propus o matrice care urmează să fie completată de către toţi cei care participă la actul educativ:

Matricea prioritară a competențelor funcționale
(Sailor & Guess, 1983)

Funcții critice	Școală	Vocație	Domiciliu	Recreere	Comunitate
Masă					
Toaletă					
Mobilit.					
Comunic.expresivă					
Comunic. Receptivă					
Interacț. sociale orizontale					
Igienă, curățenie					
Urgență/ securitate					
Abilități școlare critice					

4) Rezolvarea problemei limbajului prefabricat

Limbajul spontan este produsul unei intenții sau al unei trebuințe suscitate într-un context semnificativ. Este limbajul inițiat de subiect și nu răspunsul la o întrebare sau la un consemn al partenerului. Limbajul spontan este actualizarea conștientizării faptului că un context este sursa de indicii pentru o luare de cuvânt. Determinanții unei producții spontane în mediile naturale sunt un context cotidian, care prezintă un input limitat sau controlat de antecedente verbale și care suscită o temă de conversație, și un adult ale cărui atenție și aprobare sunt importante pentru copil și care-l va ajuta să aibă acces la un obiect material sau la diferite activități. Subiectul va deveni conștient că poate utiliza limbajul pentru a obține diverse obiecte și atenția adultului. Actele sale de comunicare suscită schimbări pozitive în cadrul relațiilor sale cu mediul,

nu numai la nivelul valorii lor practice imediate, dar şi la nivelul motivaţiei, dorinţei de comunicare.

Atunci când subiectul prezintă o cerinţă spontan, el este imediat reîntărit de adult. În plus, adultul "predă" generalizarea imitaţiei propunând un *modeling* sau o extindere a cuvintelor emise de subiect. Pe măsură ce subiectul va iniţia cerinţe şi declaraţii spontane, vor fi introduse în situaţiile de comunicare combinaţii variate de antecedente verbale şi vizuale.

O astfel de metodă de predare se numeşte "predare în mediu", iar caracteristicile acesteia sunt prezentate în tabelul de mai jos, elaborat de Haelewyck şi Magerotte (1988).

Ocazii şi consecinţe ale predării în situaţii naturale şi ale "predării în mediu"

Situaţii naturale	Predare în mediu
Ocazii (dorinţe de interacţiune socială prezente) * Persoana nu poate folosi aceste ocazii	Aceleaşi ocazii ca şi în situaţiile naturale *Persoana este ajutată pentru a emite răspunsul adecvat
* Frecvente * Variabile * Nesistematice * Reîntăritori funcţionali	* Frecvente * Sistematice * Reîntăritori funcţionali

5) Rezolvarea problemei funcţionalităţii programului

Înainte de toate, este absolut necesară punerea de acord a tuturor celor care intervin asupra obiectivelor propuse pentru copiii autişti, obiective care trebuie să fie stabilite în funcţie de comportamentele problematice, de incompetentele subiecţilor în situaţiile specifice vieţii lor, care îi împiedică să fie participanţi la comunitate. Apoi este necesară o planificare riguroasă a activităţilor, adecvată momentului şi situaţiei respective. Un exemplu al acestei planificări este cel oferit de Egel (1980), bazat pe o sistematizare a activităţilor şi mediilor în care subiectul va fi solicitat să intre. Cele cinci etape ale acestui demers funcţional se definesc astfel:

a) o descriere şi o analiză a mediului natural al subiectului;

b) un inventar al sub-mediilor în care subiectul va activa;

c) un inventar al activităților pe care subiectul le va desfășura în aceste medii;
d) o descriere a competențelor necesare pentru participarea la aceste activități;
e) un program de predare sistematică a sarcinilor, adecvat vârstei cronologice a subiectului, utilizabil în diverse medii naturale.

În cazul în care strategiile care facilitează generalizarea se dovedesc ineficiente în momentul începerii programului educativ individualizat, este necesară prefigurarea unor modificări secvențiale ale condițiilor în care învățarea nu a fost satisfăcătoare: răspunsuri, subiecți, locuri, antecedente. În fiecare din condițiile problematice se cere revederea și reamenajarea contingențelor de reîntărire, acolo unde generalizarea nu a apărut. O astfel de contextualizare a condițiilor optime de generalizare îl învață pe copil indicii discriminativi în activitățile semnificative ale vieții, în scopul de a asigura existența unor competențe în cadrul evenimentelor funcționale naturale pe care va trebui să le înfrunte. Principiile generale ale intervenției educative în domeniul generalizării subliniate de cercetările actuale sunt, prin urmare:

1) câștigarea unui avantaj din reîntăritorii naturali;
2) predarea diversificată;
3) încorporarea mediatorilor funcționali.

Strategiile asociate acestor trei principii constituie variabile independente de o generalizare scontată.

Concluziile care se desprind din acest capitol se referă la aprecierea cu precădere a tehnicilor comportamentale, ca metode folosite în terapia autismului, atât datorită rezultatelor obținute de-a lungul timpului, cât și datorită demersului extrem de logic al etapelor propuse. Aceste tehnici, care și-au dovedit eficiența, presupun însă investiții substanțiale, fie că este vorba de suport material, fie că resursele solicitate sunt de ordin uman. O experiență - chiar de proporții reduse - în mediul românesc s-ar putea vădi deosebit de interesantă în contextul actual, antrenând mai cu seamă un factor decisiv, și anume cel al *opiniei,* al toleranței și gradului de acceptare a *diferenței.*

8. ELABORAREA UNUI PLAN COMPLEX DE INTERVENȚIE PENTRU COPIII AUTIȘTI

Dalrymple (1992) susține prezența unor comportamente tipice, cărora li se pot asocia tehnici specifice și soluții posibile de intervenție. Astfel, în măsura în care copilul autist:

• este rigid, inflexibil, așteaptă un program stabilit înainte – *soluțiile posibile* sunt: manifestarea flexibilității; utilizarea imaginilor, pentru că programele ilustrate oferă informație vizuală; oferirea de alternative, care să-l învețe să aleagă;

• insistă să mențină un mod propriu de acțiune, are dorințe proprii și nu-l interesează, nu se gândește la ceea ce vor cei din jur – *soluțiile posibile* sunt: interacțiuni sociale cu reguli stabilite; ajutor oferit copilului pentru a-și lărgi sfera preferințelor; tehnici prin care copilul este învățat să-și aștepte rândul, să împartă cu alții;

• preferă să desfășoare un număr limitat de acțiuni – *soluțiile posibile* sunt: planificarea timpului liber al copilului și încurajarea sa în alegerea de activități variate; inițierea activității în momentul în care copilul este pregătit și dorește să participe; introducerea treptată a elementelor de noutate, pentru a-i oferi posibilitatea să își lărgească sfera preferințelor;

• întâmpină probleme în a rezolva situații simple, de fiecare zi – *soluțiile posibile* sunt: oferirea modelului și utilizarea procedurii "pas cu pas", care poate fi vizualizată (analiză de sarcină); asigurarea măsurii în care copilul învață acolo unde deprinderea e utilizată, unde rezultatul poate fi înțeles și aplicat; diversificarea cadrului de învățare, pentru a ajuta copilul să-și generalizeze deprinderile;

• preferă activități repetitive simple, scurte – *soluțiile posibile* sunt: instrucțiuni vizuale pentru secvențele activităților desfășurate; construirea învățării pe suportul agreat de copil, adăugând încă un pas; detalierea pe etape și apoi refacerea întregului, când toate etapele au fost învățate; oferirea unei noi instructii, a cărei realizare să se obțină prin sintetizarea tuturor pașilor parcurși și învățați anterior;

• este agitat dacă e corectat sau când simte că a făcut o greşeală – *soluţiile posibile* sunt: profesorul poate anticipa situaţia şi oferi informaţii vizuale prealabile într-o formă concretă, pentru a ajuta copilul să rezolve sarcina corect; utilizarea feed-back-ului pozitiv în caz de reuşită; oferirea de informaţii vizuale despre modul corect de soluţionare a situaţiei, de corectare a greşelii prin intermediul imaginilor, acţiunilor model; prezentarea corecţiei pe un ton neutru (nu de ameninţare) şi oferirea de alternative pentru corectare sau pentru reluarea sarcinii de lucru; asigurarea copilului că toată lumea face greşeli şi chiar exemplificarea prin greşelile proprii;

• abandonează sarcina înainte de a o soluţiona – *soluţiile posibile* sunt: utilizarea semnificaţiei vizuale sub formă de hărţi, grafice, jetoane, fişe sau separarea paşilor pentru a facilita înţelegerea conceptului "terminat"; negocierea dinainte a timpului şi a mărimii sarcinii de lucru; învăţarea copilului să ceară ajutor şi specificarea situaţiei în care să ceară ajutor; oferirea datelor concrete sau a sarcinilor clare legate de terminarea pauzei şi de începerea activităţii şi oferirea acestor informaţii înaintea desfăşurării activităţii;

• are nevoie de ajutor, dar nu-l cere – *soluţiile posibile* sunt: tehnici de a învăţa copilul cum să ceară ajutor;

• vrea să facă anumite lucruri "acum" – *soluţii posibile* sunt: utilizarea indicatorilor pentru a sugera trecerea timpului; învăţarea strategiilor de a aştepta (tehnica respiratului adânc);

• se opune directivelor, în special dacă sunt utilizate indicaţii în formulări negative – *soluţiile posibile* sunt: formulări verbale pozitive (ce să facă vs. ce să nu facă); exprimare clară, în ritm moderat; oferirea timpului necesar între indicaţie şi începerea sarcinii; utilizarea gesturilor pentru a-l ajuta să înţeleagă;

• devine supărat când lucrurile se schimbă (de exemplu, alte persoane, timp, spaţiu) – *soluţiile posibile* sunt: utilizarea informaţiei vizuale pentru pregătirea momentului de schimbare (calendare, imagini); oferirea unui timp pentru a procesa, înţelege şi accepta schimbarea;

• se adaptează greu regimului activităţilor – *soluţiile posibile* sunt: antrenarea în activităţi diversificate; învăţarea câtorva tehnici de relaxare, când persoana e calmă şi exersarea lor de mai multe ori pe zi;

organizarea secvențelor învățării, a spațiului învățării, astfel încât să știe exact ce, unde, când și cum să desfășoare fiecare activitate; desfășurarea activităților pe care copilul le dorește ;

• urmează anumite ritualuri – *soluțiile posibile* sunt: oferirea de informații clare, referitoare la momentul în care și unde ritualurile sunt acceptate; învățarea comportamentelor și deprinderilor funcționale; învățarea și practicarea unor activități noi pentru perioade scurte de timp, care oferă copilului oportunitatea de a învăța să-i placă activitatea respectivă;

• manifestă abilități instabile de la o zi la alta – *soluțiile posibile* sunt: profesorul trebuie să fie constant, chiar dacă subiectul nu este; învățarea unor tehnici de reducere a anxietății; suport oferit copilului în zilele dificile;

• folosește contactul vizual în mod neobișnuit, deseori îl evită, uneori îl inițiază – *soluțiile posibile* sunt: stabilirea confidențialității, pe baza căreia, treptat, va privi la cel de la care dorește să obțină informația; învățarea modului de focalizare a atenției prin utilizarea instrucțiunilor cu gesturi, cuvinte când e necesar;

• refuză ajutorul care implică contact fizic – *soluțiile posibile* sunt: copilul este întrebat dacă dorește ajutor și i se oferă informații despre activitatea care urmează să se desfășoare; inițierea contactului tactil care conduce la desensibilizarea persoanei la atingeri diferite; demonstrarea acțiunii și munca în perechi;

• își astupă urechile, țipă dacă aude zgomote – *soluțiile posibile* sunt: desensibilizare gradată la sunete care deranjează într-un anume fel; oferirea de informații despre sunet (când apare, de ce și cum să stea departe de el); variante de-a evita sunetele deranjante (utilizarea căștilor, dopurilor de urechi, alegerea unor spații liniștite etc.);

• are un îngust domeniu emoțional, demonstrează puține exemple de empatie și râde când alții sunt răniți sau au probleme – *soluțiile posibile* sunt: interpretarea emoțiilor; lărgirea și etichetarea expresiilor emoționale pe căi conștiente; utilizarea frazelor pentru exprimarea stărilor emoționale;

• nu pare să înțeleagă cum și de ce acțiunile sale îi afectează pe ceilalți – *soluțiile posibile* sunt: stabilirea unor reguli clare, pozitive (să înțeleagă ce simte celălalt în situația creată); jocul de rol;

• devine agitat, agresiv, se lovește și distruge lucruri – *soluțiile posibile* sunt: copilul are anumite trebuințe și trebuie învățat să le exprime cu succes prin cuvinte sau gesturi purtătoare de sens, precum "Lasă-mă", "Vreau să plec"; tehnici de relaxare: respirație adâncă, relaxare musculară, legănatul în balansoar;

• nu exprimă dorințe de bază și așteaptă implicarea altor persoane în îndeplinirea acestora – *soluțiile posibile* sunt: jocul în perechi, care facilitează comunicarea, împărtășirea intereselor, dorințelor;

• repetă sunete, silabe, cuvinte, învață filme, scenarii, fraze în același fel – *soluțiile posibile* sunt: oferirea alternativelor pentru a ajuta copilul să abordeze alte imagini, cărți de povești etc.; integrarea unor activități noi în programul copilului; crearea de povești despre viața reală; inițierea și utilizarea dialogului;

• repetă aceleași întrebări – *soluțiile posibile* sunt: oferirea informațiilor despre activitățile noi și secvențele acestora; reformularea întrebării, oferirea altor variante de exprimare;

• execută mișcări tipice, bate din mâini, ca și cu niște aripi, învârte obiecte – *soluțiile posibile* sunt: utilizarea unor tehnici de relaxare (cu suport vizual); implicarea copilului în activități antrenante;

• devine supărat, se simte inconfortabil în spații largi, lift, scări etc. – *soluțiile posibile* sunt: oferirea informațiilor asupra a ceea ce urmează și când; alegerea timpului când mulțimea și zgomotul sunt minime; desensibilizarea la aceste spații;

• miroase lucrurile sau gustă ceea ce nu e comestibil – *soluțiile posibile* sunt: activități cu alimente (educație senzorială);

• are probleme la toaletă – *soluțiile posibile* sunt: stabilirea rutinelor și programului pentru toaletă, rutinele fiind însoțite de un set de instrucțiuni; tehnici de relaxare în timpul utilizării toaletei într-un mediu confortabil;

• are deprinderi neobișnuite de somn – *soluțiile posibile* sunt: stabilirea și respectarea unor rutine de somn care fac copilul să fie calm (de exemplu, biscuiți cu lapte și povești înainte de culcare).

Planul de intervenție se adresează psihopedagogilor, dar cuprinde și sugestii pentru educatoare și părinți, pentru persoanele din anturajul copilului autist și trebuie individualizat, selectându-se domeniile prioritare, necesare realizării unor progrese în dezvoltare.

Planul de intervenție se axează asupra domeniului comunicării funcționale, în general, al problemelor comportamentale, precum și al autonomiei personale, vizându-se creșterea gradului de independență.

8.1. Planul individual de intervenție

Dată fiind complexitatea și profunzimea problemelor comportamentale ale copilului autist, specialiștii recomandă, în general, includerea copiilor și tinerilor autiști în programe terapeutice individuale.

Astfel, planul de intervenție general pentru copiii autiști este adresat psihopedagogilor, urmărindu-se atingerea tuturor caracteristicilor care trebuie formate și îmbunătățite, cu obiective pe termen lung și scurt, cu terapie organizată în funcție de aceste obiective.

a) Definirea problemei

Peterson (1996), vorbind despre caracteristicile copilului autist, consideră că cele mai importante dintre acestea și care definesc, de altfel, natura problemei în discuție sunt următoarele:

1. Lipsă de interes față de alte persoane sau ca răspuns la interacțiunea cu alte persoane;
2. Eșec în dezvoltarea relațiilor sociale adecvate nivelului de dezvoltare;
3. Lipsa spontaneității și reciprocității în plan afectiv;
4. Întârzieri semnificative sau absența totală a limbajului și/sau incapacitatea de a susține și de a iniția conversații;
5. Aderență inflexibilă la repetiții și stereotipii motorii;
6. Arii de interes restrânse și preocupări persistente pentru anumite obiecte sau părți ale acestora;
7. Deficit accentuat la nivel intelectual și cognitiv;
8. Rezistență la schimbarea mediului înconjurător;
9. Comportamente de autoagresiune (de exemplu, mușcare, lovirea capului).

b) Obiective pe termen lung

1. Realizarea scopurilor la nivel educațional, comportamental și social, identificate în planul educațional individualizat;
2. Dezvoltarea deprinderilor de bază de comunicare și a capacității de a comunica la nivel primar cu ceilalți;

3. Stabilirea unei relații de atașament primar între copil și persoanele semnificative din jur;

4. Educarea membrilor familiei în sensul acceptării deficienței copilului și stabilirii unor expectante realiste față de comportamentele acestuia;

5. Angajarea în jocuri imitative, cu reguli simple;

6. Educarea copiilor în sensul acceptării schimbărilor în natură sau în mediu;

7. Eliminarea tuturor comportamentelor de autoagresiune.

c) Obiective pe termen scurt (la nivel individual)

1. Realizarea unei evaluări la nivel intelectual și cognitiv;

2. Realizarea unei evaluări a limbajului;

3. Realizarea unei testări neurologice și neuropsihologice;

4. Administrarea medicației conform indicațiilor;

5. Asigurarea cooperării din partea părinților la planul de intervenție, individualizat în funcție de rezultatul testării;

6. Complianța cu schimbarea mediului în funcție de necesități;

7. Creșterea verbalizărilor spontane în relațiile cu terapeutul;

8. Eliminarea elementelor stranii din limbaj și vorbire;

9. Creșterea frecvenței comunicării și interacțiunii cu ceilalți:

10. Reducerea frecvenței și severității izbucnirilor de furie și a schimbărilor de stare afectivă;

11. Reducerea și, pe cât posibil, eliminarea totală a actelor de autoagresiune;

12. Participarea la jocuri sau activități cu părinții sau alți copii, zilnic câte 20 de minute;

13. Dezvoltarea unor deprinderi de bază, de autonomie personală și independență;

14. Dezvoltarea deprinderilor de muncă, de bază, care permit copilului canalizarea interesului într-o manieră pozitivă spre activități utile.

d) Structura terapiei

1. Realizarea unei evaluări intelectuale și cognitive pentru a obține un profil psihologic al copilului autist, evidențiind capacitatea și deficiențele sale;

2. Evaluarea limbajului;

3. Evaluarea neurologică sau neuropsihologică ;

4. Oferirea unui feed-back părinților copilului autist în ceea ce privește rezultatele evaluărilor realizate;

5. Realizarea unei evaluări psihiatrice a copilului autist;

6. Colaborarea cu părinții, profesorii și alte persoane apropiate copilului, în ceea ce privește realizarea programului de intervenție construit pe baza capacităților de care dispune copilul și compensând deficiențele sale;

7. Colaborarea cu părinții și cu profesorii pentru integrarea copilului autist într-un centru de plasament, instituții cu program rezidențial sau educarea în cadrul familiei etc.;

8. Construirea relațiilor deschise între copil și profesor, constând în stabilirea contactului vizual, acordarea atenției, interesului, stimei, simpatiei și a acceptării necondiționate a acestuia;

9. Orientarea copilului autist spre un logoped, pentru a-și îmbunătăți vorbirea și deprinderile de comunicare;

10. Proiectarea și aplicarea unor programe de răspuns utilizând întăririle pozitive, pentru a facilita dezvoltarea limbajului copilului autist;

11. Oferirea suportului părinților, precum și a unor metode utile pentru creșterea deprinderilor de comunicare ale copilului autist;

12. Utilizarea frecventă a frazelor și recompensei pozitive, pentru a crește nivelul cunoștințelor copilului autist;

13. Învățarea părinților să practice unele tehnici de management comportamental (cum ar fi pauza, costul răspunsului, îndepărtarea privilegiilor) pentru a scădea stereotipiile ciudate ale vorbirii tipice autiste, excesul auto-stimulării și pentru a tempera izbucnirile și comportamentele autoagresive ale copiilor;

14. Proiectarea unui sistem de semne pentru clasă sau pentru programul pe care îl urmează copilul, pentru a îmbunătăți deprinderile sociale ale acestuia, autocontrolul și deprinderile de comunicare;

15. Dezvoltarea unui sistem de compensare sau a unui contract contingent, pentru îmbunătățirea deprinderilor sociale și controlul furiei;

16. Utilizarea unor tehnici terapeutice pozitive pentru a frâna, sau limita comportamentul de autoagresivitate prezent la copiii autiști;

17. Consilierea cu părinţii pentru a dezvolta intervenţia, pentru a stăpâni comportamentele de autoagresivitate ale copilului, utilizând recompensa pozitivă, costul răspunsului şi, dacă e necesar, restricţia fizică;

18. Încurajarea membrilor familiei care să includă zilnic copilul autist în activităţi de joc sau muncă pentru 20 de minute;

19. Angajarea copilului cu concursul familiei într-o activitate (înot, mersul pe bicicletă) care ajută la construirea încrederii reciproce şi inducerea ideii de dependenţă;

20. Încurajarea părinţilor "detaşaţi" de problemele copilului să se angajeze în viaţa lor zilnică în asemenea activităţi;

21. Instruirea părinţilor şi a membrilor familiei copilului autist cu privire la simptomele şi caracteristicile autismului;

22. Cooptarea părinţilor copilului într-un grup de suport;

23. Îndrumarea părinţilor să-l înveţe pe copil deprinderi esenţiale de autonomie personală (de exemplu, periajul dinţilor, pieptănatul părului etc.);

24. Monitorizarea şi asigurarea frecventă a *feed-back*-ului vizând progresele copilului autist în această direcţie;

25. Implicarea copilului într-un program de antrenament, mizând pe dezvoltarea deprinderilor mentale de muncă şi pe dobândirea progresivă a independenţei.

Planul individual propus trebuie inclus într-un plan general de recuperare a copiilor autişti, plan care necesită a fi revizuit, la trei luni, pe baza feed-back-urilor şi a rezultatelor obţinute.

Planul de intervenţie individualizat e bine să fie construit ţinându-se seama de următorii parametri:

• utilizarea informaţiilor obţinute prin intermediul evaluării realizate de cel care construieşte programul;

• implicarea părinţilor - ca o resursă valoroasă în construirea programului;

• cunoaşterea aprofundată a problemelor particulare ale copilului şi eliminarea situaţiilor care ar putea îngreuna obţinerea progreselor;

• evaluarea meticuloasă şi permanentă a progreselor înregistrate.

8.1.1. Programul în imagini – obiectiv al planului general

Detalierea și lucrul efectiv cu acest program în imagini sunt necesare, deoarece deprinderile dobândite prin exersarea cu acest mijloc sunt obligatorii atât în planul de intervenție în domeniul comunicării funcționale cât și, mai ales, în acela al dobândirii autonomiei personale.

Se știe că majoritatea copiilor cu autism întâmpină dificultăți în procesarea informațiilor auditive, în vreme ce abilitatea de a procesa informațiile pe cale vizuală le este bine dezvoltată. Astfel, planul de intervenție s-a bazat pe considerarea capacităților funcționale ale acestor copii și dezvoltarea în continuare a altor abilități necesare.

Programul zilnic vizual al copiilor cu autism poate fi folosit pentru:

- utilizarea deprinderilor vizuale;
- raționalizarea timpului pentru jucării/activități favorite;
- acceptarea instrucțiunilor din partea altor persoane;
- facilitarea formării deprinderilor profesionale viitoare și construirea independenței.

Utilizarea unui program vizual individual, prin folosirea zilnică a imaginilor, este o strategie care îl ajută pe copil să anticipeze și să se pregătească pentru activitățile generale din timpul zilei. Tranzițiile devin astfel mai ușoare, expectanțele sunt mai clare și copilul devine mult mai organizat în manifestări.

Programul e o cale de a-l face pe copil să devină mult mai independent, îl învață să interpreteze singur expectanțele, urmând instrucțiunile din mediu, în loc să depindă în permanență, pentru orice sarcină, de un adult.

Pentru copiii care devin preocupați de anumite activități, programul este o cale pozitivă de a le permite un anume timp pentru jucăriile/activitățile preferate. Cu alte cuvinte, văzând că în programul său este timp dedicat jocurilor preferate, copilul va fi mai puțin distras și va putea mai ușor să se antreneze în sarcina de lucru.

Programul promovează flexibilitatea – programul de azi poate varia față de cel din ziua precedentă, activitățile și secvențele lor se pot modifica.

Ilustrăm mai jos modul de concepere a unui astfel de program în imagini, precum și importanța utilizării acestuia.

Programul individual vizual informează copilul asupra evenimentelor din timpul zilei, îl ajută să înţeleagă şi să-şi amintească ce are de făcut pe parcursul întregului interval de timp.

Programele individuale vizuale se construiesc pe diverse nivele de abstractizare şi pot apela curent la diverse obiecte concrete, imagini sau cuvinte scrise, în funcţie de nivelul de dezvoltare al fiecărui copil autist.

Pentru copiii cu nivelul funcţional scăzut, un program constituit din obiecte concrete este cel mai simplu şi mai potrivit. Programul se va învăţa pe secvenţe: mai întâi, va cuprinde primele trei activităţi ale zilei (de exemplu, o lingură reprezentând momentul mesei, o jucărie indicând activitatea de joc etc.), ulterior, după derularea acestor activităţi, i se vor prezenta copilului şi celelalte activităţi, pe acelaşi model. După ce copilul ajunge să se raporteze în mod independent la acest program alcătuit din secvenţe, şi să înţeleagă semnificaţia şi rolul obiectelor, programul va putea fi expus în întregime, pentru a putea fi vizualizat şi urmărit global.

Odată ce o activitate s-a sfârşit, obiectul corespunzător acesteia va fi eliminat, copilul înţelegând astfel mai uşor care e pasul următor în program. Programul se poate construi atât pe verticală, cât şi pe orizontală, dar trebuie astfel plasat încât să permită copilului vizualizarea sa în întregime şi fără efort (primul obiect fiind plasat la nivelul ochilor).

Astfel, în program pot fi cuprinse obiecte reprezentative, ca de exemplu: o pensulă - pentru activităţi de pictură; plastilină - pentru modelaj; o pernă - pentru perioada de somn; o tobă - pentru activitatea muzicală. Obiectele pot fi alese în funcţie de interesele copilului, astfel încât să fie atras, motivat să acorde atenţie fiecărui element.

Pentru copiii autişti cu un nivel funcţional mai ridicat, care pot "citi" imagini şi înţeleg semnificaţia acestora, programul individual vizual poate fi construit pe bază de imagini.

Programul în imagini – desfăşurare pe verticală

În mod similar, în funcţie de fiecare copil în parte, se vor alege imagini care să aibă semnificaţie pentru o anume activitate. Astfel, de exemplu: imaginea unui casetofon - reprezentând activitatea muzicală; imaginea unor cifre desenate - reprezentând activitatea matematică; imaginea unui copil care doarme - reprezentând perioada de somn; imaginea unui copil care mănâncă - reprezentând ora mesei etc.

După ce anumite activități devin rutină, programul poate fi simplificat, în sensul de a cuprinde doar acele perioade în care subiectul întâmpină dificultăți de organizare. În acest sens, copiii dobândesc un nivel mai ridicat de organizare, înțelegere și independență.

În situații speciale, în care un copil autist este integrat într-o grupă de copii cu deficiențe sau beneficiază de un profesor de sprijin, programul individual vizual poate fi prezentat pe un șorțuleț purtat de către profesor, permanent, pe tot parcursul zilei.

8.1.2. Planul individualizat în domeniile comunicării, problemelor comportamentale și autonomiei personale

Ghid de aplicare a planului de intervenție

Prima ședință cu un copil autist poate fi extrem de dificilă. Una din caracteristicile definitorii ale copilului autist am văzut că este rezistența la instruire. Aceasta devine mult mai evidentă în primele minute ale intervenției.

Abordând problemele prin intermediul metodelor prezentate mai jos ("shaping", "prompting", "prompt fading", "chaining"), rezistența la instruire descrește treptat.

Metode în măsură să încurajeze noile comportamente

Este de la sine înțeles că aceste metode trebuie să fie apropiate de nivelul de dezvoltare al copilului căruia i se adresează și accesibile stilului său de învățare.

Metoda "Shaping" (formare) se folosește în situația în care copilul nu are în repertoriul său deprinderea dorită. Avantajul este că leagă din aproape în aproape, răspunsurile pe care copilul le are, le încurajează, până când se ajunge la formarea deprinderilor dorite. Această metodă însă necesită multă răbdare, uneori durând săptămâni sau luni, până se ajunge la răspunsul urmărit.

Metoda "Prompting" ("sugestii", "îndemn") constă în modelarea răspunsului dorit din partea copilului, prin minimalizarea erorilor și sugerarea direcției de urmat în formularea corectă a răspunsului așteptat. Ajutorul oferit poate fi verbal, prin modelarea pe parcurs a răspunsului sau prin acordarea suportului fizic adecvat.

Metoda "Prompt Fading" ("scăderea sugestiilor") preconizează o diminuare treptată a acestui gen de ajutor, spre a nu se ajunge la o dependență totală a subiectului de acest mijloc de stimulare.

În fine metoda "Chaining" presupune "lipirea", asamblarea componentelor deprinderii, prinderea lor într-un "tot", respectiv într-o deprindere mult mai complexă (analiză de sarcină) şi rezidă într-o descriere, pas cu pas, a secvențelor comportamentale necesare pentru a rezolva o sarcină.

8.1.3. Planul individualizat de intervenție propriu-zis

Când se începe un program individualizat se porneşte în general de la un număr limitat de deprinderi propuse a fi învățate.

Un asemenea plan individualizat de învățare propus vizează cu necesitate următoarele arii de interes - imitația, competențele verbale şi competențele pre-şcolare şi poate fi desfăşurat după modelul de mai jos:

- *Imitația*

1. imitarea mişcărilor generale;
2. imitarea acțiunii cu obiectele;
3. imitarea mişcărilor fine;
4. imitarea mişcărilor la nivelul feței;
5. imitarea unor acțiuni în paralel cu sunetele asociate;
6. imitarea unor aranjamente de cuburi;
7. copierea unor desene simple.

- *Competențe verbale*

1. identificarea părților corpului;
2. identificarea funcționalității părților corpului;
3. urmărirea unor instrucțiuni simple;
4. identificarea obiectelor;
5. identificarea unor imagini;
6. identificarea persoanelor familiare;
7. identificarea unor acțiuni;
8. identificarea unor obiecte din încăpere;
9. identificarea utilității obiectelor;
10. identificarea sunetelor din mediu;
11. denumirea persoanelor familiare;

12. manifestarea opţiunii;
13. identificarea unor emoţii;
14. identificarea pronumelor (eu/tu);
15. identificarea unor prepoziţii;
16. identificarea genului;
17. parcurgerea unei instrucţiuni verbale cu două sarcini.

- *Competenţe pre-şcolare*

1. găsirea obiectelor identice;
2. identificarea culorilor;
3. identificarea mărimilor;
4. identificarea formelor;
5. identificarea caracteristicilor obiectelor;
6. stabilirea succesiunii logice;
7. identificarea unor meserii.

8.2. Planul de intervenţie în grup

Este cunoscut faptul că unul dintre scopurile prioritare ale terapeutului este de a stabili o legătură cu copilul autist, de a-i capta atenţia şi interesul.

Studiile practice întreprinse de specialişti au dus la formularea ideii potrivit căreia terapia de grup, în cazul autismului, este nu numai un instrument util în mâna terapeutului, dar are şi o acţiune benefică privind relaţiile sociale, interumane.

Weihs (1998) consideră că eşecul de a-şi integra sinele reprezintă, probabil, esenţa autismului infantil. Astfel s-ar explica şi tendinţa copilului autist de a evita relaţiile interpersonale, deoarece comunicarea cu altcineva nu este posibilă decât în momentul în care ne recunoaştem sau ne percepem pe noi înşine ca persoane.

Terapia de grup, prin intermediul unor activităţi care să vizeze educaţia senzorială, poate facilita conştientizarea propriului corp, acceptarea de sine şi în acest fel o mai bună adaptare la mediul înconjurător.

Scopul programului este, altfel spus, de a reduce frecvenţa comportamentelor tipice autismului şi totodată de a îmbunătăţi relaţiile interpersonale, la nivelul grupului avut în vedere.

8.2.1. Descrierea detaliată a planului de intervenţie de grup

Pornind de la caracteristicile comportamentale ale copilului autist şi, în special, de la atitudinea sa de izolare faţă de mediu, cu o totală indiferenţă faţă de persoanele din jur şi cu reacţii de protest când acestea se apropie de el, am considerat necesar ca terapia de grup să pornească de la unele activităţi de joc, care să faciliteze comunicarea şi în care copiii să se simtă confortabil.

Astfel, dintre tipurile de terapie care se folosesc pentru autişti, s-au organizat activităţi de grup incluzând meloterapia, terapia de relaxare şi masajul.

Meloterapia şi terapia de relaxare în autismul infantil

Se ştie că utilizarea masajului, a relaxării condiţionate aduce o îmbunătăţire a conştientizării sinelui şi un mai bun control al comportamentului complex al autistului.

Unul dintre scopurile practicării masajului şi a relaxării este de a induce o stare de calm, când muşchii încep să se destindă, respiraţia devine mai adâncă şi corpul e sub control.

Starea de tensiune, care cauzează disconfort (copilul fiind sau nu conştient de acest fapt) şi energia consumată în contracţii musculare, conduc la procesarea informaţiilor în mod neadecvat, informaţia ajungând la alte canale senzoriale şi determină absenţa atenţiei. Abilitatea de a se relaxa, deci de a participa la învăţarea unor noi deprinderi este un scop important. Învăţarea relaxării şi masajului necesită un echipament specific, adecvat: simboluri, materiale, muzică, spumă, pene, pernă etc.

Profesorul trebuie să asigure un mediu adecvat, reducând pe cât posibil stimulii externi, care pot perturba activitatea. Fiecare copil va avea în acest spaţiu comun un „spaţiu propriu", bine delimitat de o pătură, o saltea etc. Masajul în cazul copiilor trebuie să ia forma jocului (de exemplu, masaj -"Prăjitură", "Furtună" etc.) care să stârnească interesul şi angajamentul copiilor.

Învăţarea şi exersarea respiraţiei corecte are un efect benefic asupra reducerii anxietăţii şi poate fi atinsă prin exerciţii - joc, utilizându-se jucării de suflat, morişca, paiul (în apă), umflatul baloanelor, baloane de săpun.

În spațiul unde se va desfășura activitatea pot fi create și învățate anumite posturi sau elemente care indică începutul și/sau sfârșitul activității (de exemplu, activitatea începe când toți copiii sunt întinși pe podea, și se termină când muzica încetează sau când suflăm lumânarea).

Antrenarea copiilor în acest gen de activitate va facilita și dezvoltarea imitației. Mulți copii, însă, întâmpină dificultăți în a respecta anumite poziții (de exemplu, a sta întins pe spate pe podea), simțindu-se în această poziție vulnerabili și expuși, ori având tendința de a ridica ușor capul pentru a vedea ce se întâmplă.

Dalrymple (1992) aprecia că gradul conștiinței de sine și al încrederii pe care le posedă copilul sunt demonstrate în abilitatea sa de a adopta această poziție (întins pe spate, pe podea).

Muzica utilizată în relaxare și masaj depinde de tipul de exerciții ales. Sunt bine primite de copii atât ritmurile vioaie (cântece pentru copii), cât și cele foarte lente, depinzând de momentul audiției sau de starea lor generală.

Muzica ocupă un rol important în terapie. În cazul copiilor cu autism, *meloterapia* este utilizată pentru stabilirea unui alt tip de comunicare, diferit de cel verbal. Meloterapia conduce treptat la diminuarea tensiunilor, reducerea agresivității, îmbunătățirea cooperării și determină o stare de bine, de deconectare, bucurie și încântare.

Muzica declanșează trăiri afective din cele mai variate, reușind să creeze stări psihice pozitive; reprezintă o sursă de energie, un stimulent al voinței, o cale de sensibilizare, dar, mai mult, educă și dezvoltă procese psiho-intelectuale.

Mișcarea pe fond muzical ameliorează în special imaginea corporală: jocurile muzicale și dansul care implică diverse mișcări ale membrelor conduc la ameliorarea psihomotricității.

Conștientizarea corpului are o importanță crucială pentru dezvoltarea tuturor funcțiilor psihice. Imaginea corpului (care înglobează schema corporală și vizează cunoașterea funcțiilor diferitelor componente) nu se învață numai prin vizualizare, ci și prin simțuri (tactil, olfactiv, gustativ, auditiv), precum și prin corelația dintre acestea.

Exercițiul senzorial se desfășoară permanent, însă copilul autist necesită suport, o organizare a stimulilor în situații concrete de învățare, care să permită dezvoltarea cunoașterii senzoriale.

Exercițiile senzoriale, jocurile senzoriale diferă în funcție de nivelul de dezvoltare al copilului.

Astfel, sunt eficiente jocurile de manipulare a obiectelor (utilizându-se inițial în joc obiecte preferate de copil), copilul având posibilitatea de a afla cât mai multe informații despre proprietățile obiectului studiat prin intermediul propriilor simțuri (tact, văz, gust, miros, auz), ajungând treptat la cunoașterea funcțiilor diferitelor componente ale corpului.

În acest fel, copilul autist va învăța o modalitate eficientă de abordare a unei noi situații și adaptarea la aceasta.

Adaptarea trebuie concepută ca prioritate fundamentală a unui organism de a-și modifica funcțiile și structurile în raport cu schimbările cantitative și calitative ale mediului înconjurător.

Adaptarea și integrarea socială constituie necesități obiective ale vieții pentru copilul autist, integrarea însemnând familiarizarea cu mediul, acomodarea cu noi cerințe, presupunând totodată modificarea unor stereotipii vechi și punerea lor de acord cu o nouă situație.

Copilul autist are nevoie de un program educațional de autonomie personală și socială care să asigure terapia, recuperarea, abilitarea și reabilitarea, facilitând astfel adaptarea și integrarea socială. În acest sens, se organizează activitățile de grup, cu câte 5 copii, desfașurându-se două asemenea tipuri de activități pe săptămână.

Pentru ultimele patru ședințe de acest fel, se formează grupe mixte, incluzând atât copii cu autism (3, 4 copii) cât și copii cu alte tulburări (3, 4 copii). Lucrându-se astfel, s-au constatat îmbunătățiri evidente de relaționare, acceptare și toleranță atât din partea copiilor autiști față de ceilalți, cât și din partea celorlalți față de copiii autiști.

Activitățile de grup trebuie să aibă o astfel de structură încât să faciliteze atât antrenarea copiilor autiști și menținerea interesului, cât și înțelegerea pe deplin a pașilor parcurși în activitate.

În cazul copiilor cu un nivel mai ridicat al abilităţilor sociale, munca în perechi *(Shared Activity Groups)* este eficientă, copiii având aceeaşi sarcină în acelaşi timp şi lucrând mereu împreună câte doi.

Pentru fiecare copil autist este important ca, înainte de a participa la activităţile de grup de acest gen, să reuşească să rezolve sarcina în mod independent. Elementul nou, de a lucra în perechi, îl va învăţa pe copil o deprindere nouă.

Activităţile de grup *(Common Activity Groups)* dezvoltă independenţa copiilor autişti; le permit şi facilitează stabilirea şi/sau îmbunătăţirea relaţiilor interpersonale. Se pot desfăşura, de pildă, activităţi precum "Puzzle groups", unde li se prezintă copiilor mai multe jocuri de puzzle, sarcina grupului fiind de a completa toate puzzle-urile împreună, mişcându-se de la un joc la altul.

Jocurile complete vor fi plasate într-un loc stabilit anterior (de exemplu, într-un coş), iar sarcina de lucru a grupului va fi considerată terminată când toate puzzle-urile vor fi adunate astfel la un loc. După aceeaşi idee o multitudine de jocuri, cunoscute de copii şi rezolvate anterior individual, pot constitui o sarcină de grup.

8.2.2. Sugestii pentru cadre didactice şi părinţi

Scopul prezentării acestora a fost de a dezvolta la persoanele cu care copilul interacţionează în mod direct (profesori, părinţi) o seamă de abilităţi optime de relaţionare şi comunicare cu aceştia, precum şi unele abilităţi de control comportamental eficient.

Procesul normal de dezvoltare se desfăşoară aproape natural pentru copiii fără probleme în acest sens. Pentru părinţii acestor copii este clar şi evident suportul acordat copilului prin oferirea modelelor, prin construirea unui mediu ambiant sigur. Un părinte cu un copil autist în schimb, trebuie să se pregătească în mod special să înfrunte provocările ivite pe parcursul acestui îndelung şi dificil proces.

Majoritatea părinţilor îşi asumă rolurile de educatori şi susţinători ai propriului copil autist. Unii dintre aceştia sunt capabili să le îndeplinească pe ambele. În fiecare rol adoptat, părinţii pot oferi cele mai bune perspective pentru copilul lor, cunoscându-i nevoile curente şi sugerându-i stilul de învăţare care i se potriveşte.

Mai mult decât atât, în timp ce profesorii de sprijin şi specialiştii intervin în viaţa copilului secvenţial, pe anumite perioade, părintele rămâne constant alături de copilul aflat în dificultate.

Părinţii constituie fundamentul învăţării acasă, care include şi susţinerea şi continuarea programelor din instituţia şcolară frecventată de copil ca şi învăţarea deprinderilor sociale. Părinţii trebuie să aibă puterea de a învăţa şi explica metodele instrucţionale eficiente în dezvoltarea propriului copil, fiind obligaţi şi să-şi achiziţioneze ei înşişi deprinderile necesare pentru a depăşi problemele comportamentale ale programului copilului autist. Numai astfel vor izbuti să participe în mod activ la procesul de recuperare şi dezvoltare a copilului: asumându-şi un rol în construirea programului copilului şi monitorizându-i progresele.

Aceste sugestii se adresează, prin urmare, deopotrivă, educatoarelor şi părinţilor ca factori de bază ai programelor avute în vedere.

Fiecare defineşte, desigur, *provocarea comportamentală* a copilului autist în funcţie de experienţa proprie, de valorile proprii, de capacitatea personală de a se implica. Unii profesori se supără când un copil e "neastâmpărat", alţii nu se îngrijorează. Definiţia "comportamentului problemă" este corelată, de obicei, cu un comportament care deranjează şi care se doreşte a fi oprit. Profesorul adevărat trebuie să tindă însă, în mod paradoxal poate, a se simţi tot mai "confortabil" cu aceste provocări comportamentale dacă doreşte realmente o schimbare în bine. "Confortabil" nu înseamnă, evident, a tolera fără discernământ, ci a evita orice tensiune păgubitoare procesului ca atare. Astfel, sunt necesare:

- recunoaşterea situaţiilor care generează comportamentul;
- împărtăşirea situaţiilor cu colegii;
- extinderea alternativelor pentru a preveni, ori interveni în aceste situaţii inconfortabile.

În special în cazul unui comportament cu probleme care se manifestă pe o durată mai lungă de timp profesorul este "provocat" a rămâne constant şi fidel cu expectanţele sale de corectare, de reuşită.

Orice problemă de comportament, a copilului autist, care se manifestă în mod repetat, are o funcţie comunicativă, implică un anume scop din partea acestuia. Deficienţele comportamentale sunt un sindrom

al neînțelegerii, al lipsei de abilități în a comunica propriile nevoi, al prezenței unor situații dificile pentru copil (zgomot puternic, aglomerație etc.), al prezenței unor stării de disconfort fizic. Ar fi greșit a le socoti drept comportamente intenționate și deliberate, menite a răni, a supăra sau umili pe cineva.

Astfel, foarte importantă este înțelegerea cauzei comportamentului. Aceste comportamente trebuie interpretate ca încercări ale copilului de a comunica o varietate de mesaje diferite cum ar fi:

- "îmi ceri ceva prea dificil pentru mine";
- "nu înțeleg ce vrei de la mine";
- "vreau, un anume lucru, acum";
- "sunt plictisit, acordă-mi un pic de atenție".

Atenția profesorului trebuie să se concentreze în a-l învăța pe copil căi de comunicare accesibile și acceptate din punct de vedere social.

Schopler (1995), în opinia căruia prevenția este un scop în sine, consideră că o posibilitate de a preveni devierile comportamentale este de a te asigura că, în fiecare moment, copilul e activ și implicat într-o activitate.

Pentru aceasta, materialele, activitățile trebuie să fie desigur atractive pentru copil, apropiate de nivelul său de dezvoltare, de interesele sale. Însă, mulți copii nu se antrenează în activități în mod independent. Acesta este îndeosebi cazul celor cu autism sever. Aceștia necesită un suport din partea adultului, munca în perechi pentru alegerea unei activități, și doar după un timp vor putea alege singuri o activitate.

Programul zilei, bine organizat și consistent, poate preveni în general manifestarea frecventă a comportamentelor problemă, nedorite, așa cum învățarea rutinelor poate contribui la învățarea comportamentelor dorite din partea copilului. Programul zilei trebuie să fie conștientizat de copii, ei trebuie să știe ce și când fac.

Problemele comportamentale se accentuează și se manifestă îndeosebi când copilul nu are nimic de făcut.

Pentru a facilita învățarea unor comportamente, profesorul trebuie să găsească *strategiile care să promoveze comportamentele dorite.*

În primul rând trebuie să se construiască anumite reguli care să fie înțelese de copii. Pentru o bună înțelegere a acestora, copiii pot participa

la constituirea lor. Regulile trebuie să fie expuse în sală cu ajutorul imaginilor, simbolurilor, pentru ca fiecare copil să le perceapă şi să le respecte. De asemenea, este importantă înţelegerea de către copii a consecinţelor regulilor şi a condiţionării aplicării lor.

În situaţia în care aceste metode eşuează şi comportamentul nedorit persistă, este necesară o apropiere mai directă şi intensivă de factorii perturbatori şi, la nevoie, un ajutor extern, din partea echipei de specialişti în măsură să constituie alte strategii, potrivite copilului în cauză.

În concluzie, obiectivele generale ale programului au vizat:

1. Identificarea caracteristicilor tipice autismului, ca probleme ce afectează comportamentul copilului şi anturajul acestuia.

2. Reducerea apariţiei comportamentelor tipice autismului (izolare, lipsă de comunicare şi relaţionare, agresivitate).

3. Achiziţia unor deprinderi de autonomie personală şi a unor abilitaţi de comunicare şi de autocontrol şi, în acest sens, de creştere a gradului de independenţă al copilului.

Atât intervenţia individuală şi de grup, cât şi sugestiile adresate cadrelor didactice şi părinţilor, au fost gândite pe sistemul paşilor, al etapelor de realizare, în funcţie de natura problemei abordate. Paşii au fost sistematizaţi şi prezentaţi în ordinea importanţei realizării lor, fiind adaptaţi situaţiilor existente. Totuşi, în funcţie de aspectele particulare ale fiecărei situaţii, ordinea lor poate fi modificată, la fel şi gradul de complexitate.

Prin prezenţa, în structura terapiei, a sugestiilor adresate cadrelor didactice şi părinţilor, care vin în contact direct cu copiii autişti, se aşteaptă o eficienţă ridicată a programului, precum şi o continuitate a acestuia, prin adoptarea unor măsuri convergente cu cele abordate de specialiştii implicaţi în procesul terapeutic.

De asemenea, se aşteaptă ca, în urma aplicării acestui program la toate nivelele, să fie atins scopul declarat al intervenţiei, şi anume, promovarea independenţei personale a copilului autist, prin îndeplinirea fiecărui obiectiv, aspect care va duce la ameliorarea relaţiilor interpersonale şi facilitarea integrării sociale a acestor copii.

CONCLUZII

Caracterizat printr-o diversitate extrem de mare a manifestărilor şi printr-o complexitate uimitoare a aspectelor vieţii pe care le implică, autismul infantil constituie o problemă majoră a psihiatriei şi psihologiei contemporane. Chiar dacă nu putem vorbi astăzi de o vindecare a autismului, "recuperarea" parţială a unor cazuri, datorită efectelor complementare ale investigaţiei medicale şi psihologice multiple şi ale tehnicilor capabile să realizeze evitarea excluderii sau supraretardării copiilor atinşi de această maladie, este o certitudine încurajatoare.

Lucrarea de faţă şi-a propus clarificarea unor aspecte ale acestei "enigme", cunoscută sub denumirea de autism, încercând să redea un orizont de speranţă aceastei categorii de copii vitregiţi de soartă, copii nevoiţi să trăiască într-o lume aparte care include însă numeroase vicisitudini. Acestea se referă la multiplele probleme comportamentale mergând de la o autoagresivitate extrem de periculoasă, până la heteroagresivitatea care este greu de suportat şi pentru anturaj, la problemele de comunicare atât afectivă cât şi verbală, la problemele legate de achiziţia independenţei personale şi la cele ale integrării în societate.

Cercetările actuale în domeniu sunt axate pe studiul dezvoltării precoce a patologiilor asociate, pe metodele de evaluare clinică a comportamentelor de comunicare şi pe evaluările biologice bazate pe folosirea progreselor neuroştiinţelor, toate acestea având implicaţii profunde pentru modul de abordare terapeutică. Astfel, se consideră că autismul reprezintă o tulburare de dezvoltare, incluzând atât un retard al dezvoltării, cât şi o dezvoltare atipică, cu manifestări care nu sunt observate în cazul altor copii cu retard mintal sau în cel al unui copil normal cu vârstă cronologică inferioară.

Rareori întâlnit în forma sa cea mai tipică, autismul se poate prezenta sub forme foarte diverse cu un potenţial evolutiv variabil: unii copii rămân pe tot parcursul vieţii cu deficienţe profunde, alţii reuşesc o inserţie socială satisfăcătoare, dificultăţile relaţionale care necesită o susţinere specială şi o reorganizare a mediului lor înconjurător menţi-

nându-se însă în permanență. Observația cotidiană pare a demonstra faptul că îngrijirile și o educație specializată timpurie sunt susceptibile de a favoriza sau de a accelera, în multe cazuri, stabilirea unor relații cu ceilalți și achiziția unui limbaj bazal urmat de cunoștințe școlare minime.

Așa cum am afirmat și în capitolul consacrat etiologiei, cauza primară a autismului este deocamdată necunoscută (dacă există cu adevărat o cauză unică, ceea ce este de asemenea discutabil). Același lucru se poate spune despre existența vreunui remediu "miraculos", fiind vorba doar de medicamente care să trateze unul sau mai multe simptome, nicidecum sindromul.

Poate că tocmai această enigmă a unui copil, ce pare normal din punct de vedere fizic, dar e "închis" într-un refuz al comunicării, explică, cel puțin parțial, virulența controverselor ideologice legate de autismul infantil.

Autismul a fost și rămâne astăzi, mai mult ca oricând, un "măr al discordiei", o sursă de conflicte ideatice, în care intervin, în mod dramatic și paradigmatic, marile întrebări ale psihiatriei și psihologiei, deschizând noi perspective de dezbatere. Este oare vorba de o tulburare înnăscută sau dobândită, de o anomalie ereditară sau de efectul cumulat al dificultăților relaționale precoce? Autismul este oare legat de un deficit, de o tulburare a funcționării unei structuri cerebrale sau a unei instanțe psihice? Este, din contră, o apărare, o protecție pe care copilul și-o asigură închizându-se în "cochilie" și refuzând contactele cu alții, care l-ar deranja și l-ar dezorganiza? Trebuie oare considerat ca o boală, o suferință, un vertij de angoase care pot fi calmate și eventual tratate? Agentul cauzal e el organic, e o leziune cerebrală genetică sau dobândită în cursul embriogenezei, sau această cauză trebuie căutată în patologia secretă a părinților, în legăturile acestei patologii cu cea a ascendenților lor, adică în ceea ce astăzi se numește "transgenerațional"?

Tocmai pentru a încerca un răspuns cât de cât acceptabil la aceste întrebări, am pornit de la considerații generale, realizând inițial anumite delimitări conceptuale ale fenomenului studiat. De asemenea, am amintit și cauzele posibile care pot sta la baza apariției autismului, cauze care, din păcate, nu sunt elucidate încă, în pofida numeroaselor încercări și experimente realizate pe plan internațional.

Am detaliat apoi criteriile diagnostice în autism şi diagnosticul diferenţial, pentru a contura şi delimita cât mai precis caracteristicile manifeste.

Am prezentat caracteristicile definitorii ale autismului, surprinzând totodată şi particularităţile copilului autist la vârsta preşcolară, în perioada prepubertăţii şi în cea a adolescenţei.

Au fost trecute în revistă şi o serie de metode de evaluare extrem de utile pentru realizarea profilurilor comportamentale ale subiecţilor, precum şi pentru alcătuirea demersului terapeutic.

Am considerat necesară, mai apoi, prezentarea unor tehnici şi strategii posibile de intervenţie, insistând asupra celor care s-au dovedit a fi mai eficiente şi mai puţin agresive pentru acest copil extrem de sensibil.

Progresul în privinţa studiului semiologic şi al recunoaşterii diferitelor aspecte clinice ale autismului infantil presupune o observaţie completă cât mai timpurie, care să permită evaluarea parametrilor ce pot valida ulterior diagnosticul. Interesul pentru această evaluare apare de asemenea pentru stabilirea prognosticului şi pentru indicaţiile terapeutice adecvate.

Atunci când este vorba de "provocările comportamentale" ale copilului autist, trebuie să ţinem cont de faptul că ele au o funcţie comunicativă; pe această cale, copilul încearcă să transmită celor din jur propriile nevoi şi stări emoţionale. Lipsa abilităţilor adecvate de comunicare duce la apariţia unui sindrom al neînţelegerii, de unde, câteodată, reacţiile neputincioase şi/sau nepotrivite ale celor din jur. De aceea, considerăm necesară o abordare terapeutică integrativă, care să îmbine cele trei planuri: individual, şcolar şi familial, în care specialiştii şi nespecialiştii să formeze o echipă al cărei scop principal să devină diminuarea situaţiilor generatoare ale acestor tipuri de comportamente, precum şi a comportamentelor în sine.

Am dori însă să punem în evidenţă disponibilitatea pe care trebuie să o manifeste psihologul şi psihopedagogul în tentativele de apropiere de copilul autist. Posedând capacităţile şi mijloacele pe care aceste fiinţe nu le au, este mult mai uşor pentru noi să înţelegem, printr-un efort consecvent, printr-o observare minuţioasă şi o reflecţie orientată, modul

lor de reprezentare a mediului înconjurător. Înainte de a le cere să se adapteze modului nostru de a concepe lumea, trebuie să încercăm să pătrundem în "fortăreața goala" descrisă de Bettelheim, în lumea acestor însingurați pe care pare să-i anime doar "pulsiunea tanatică". Dacă a fi părintele ori educatorul unui autist este, de multe ori, deosebit de frustrant din punct de vedere afectiv sau al investiției de efort, a fi autist este cu siguranță mult mai dramatic.

Din nefericire, nu se poate vorbi deocamdată de vindecarea autismului, se poate însă încerca ameliorarea tulburărilor comportamentale, conferindu-i subiectului autist o acceptabilitate crescută pentru anturajul său, dar și pentru el însuși. Nu este vorba doar de a "normaliza"; intervențiile sunt întotdeauna concepute în spiritul valorizării persoanei, vizând asigurarea unei calități a vieții cât mai apropiate de cea normală.

Drumul care se cere parcurs e fără îndoială anevoios și rareori gratifiant. Dar tocmai de aceea el trebuie încercat, căci, undeva, la "capătul nopții" există, poate, raza de speranță a unei noi treziri la viață.

BIBLIOGRAFIE

Adrien, I.L., C. Barthélémy, M. Boiron, P. Dansart, G. Couturier, D. Sauvage, G. Lelord (1991), *L'Evaluation du développement mental des jeunes enfants présentant des troubles graves du développement (autismes et retards sévères) et interventions psychoéducatives*, in *L'intervention en déficience mentale*, sous la direction de J.-C. Grubar, Ş. Ionescu, G. Magerotte, R. Salbreux, Lille, Diffusion Presses Universitaires de Lille, coll. "Travaux et recherches".

Adrien, J. L. (1988), *L 'examen psychologique des enfants autistiques*, in "Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence", 36.

Ainsworth, M. D. S. (1982), *Attachment: retrospect and prospect*, in Parkes, C. M., Stevenson, H. (eds.), "The Place of Attachment in Human Behavior", London, Tavistock.

Alvin, J. (1970), *Music for the Handicapped Child*, New York, Oxford University Press.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4[th] edn *(DSM-IV)*, Washington DC, American Psychiatric Association.

Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România (1993), *DSM-III-R*, Bucureşti.

Asperger, H. (1944), *Die Autistischen Psychopathen in Kindesalter*, trad engl. in Frith, U., *Autism and Asperger Syndrome*, Cambridge University Press, 1991.

Asperger, H. (1998), *Les psychopathes autistiques pendant l'enfance*, Plessis-Robinson, Institut Synthelabo, trad. et réadaptation.

*** Autisme. *L'Education et l'évaluation des personnes autistes (Modèle Teacch de Schopler), Recherche documentaire R07* (1991), VI-ème éd., Mons, Université de Mons-Hainaut.

*** Autisme. *L'Education et l'évaluation des personnes autistes (Modèle Teacch de Schopler), Documents de travail* (1993), Mons, Université de Mons-Hainaut.

Baron-Cohen, S. (1989), *The aulistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 30, 2.

Baron-Cohen, S., J. Allen, C. Gillberg (1992), *Can autism be detected at 18 months?*, in "British Journal of Psychiatry", 161.

Baron-Cohen, S., H. Tager-Flusberg (1993), *Understanding Other Minds. Perspeclives from Autism*, New York, Oxford University Press.

Baron-Cohen, S., A. Leslie, U. Frith (1985), *The autistic child's theory of mind*, London, British Psychological Society.

Baron-Cohen, S., A. Leslie, U. Frith (1985), *Does the autistic child have a theory of mind?*, in "Cognition", 21.

Barthélémy, C, G. Lelord (1995), *Autisme. Thérapie d'échange et de développement,* Paris, Expansion Scientifique Française.

Barthélémy, C, G. Lelord (1991), *Echelles d'évaluation en psychiatrie clinique,* Paris, Expansion Scientifique Francaise.

Bateson, G., D. Jackson, J. Haley (1956), *Toward a theory of schizophrenia,* in "Behavioral Sciences", I.

Bauman, M., T., L. Kemper (1985), *Hystoanatomic observations of the brain in early infantile autism,* in "Neurology", 35 (6).

Bauman, M. L. (1991), *Microscopic Neuroanatomic Abnormalities,* in "Pediatrics", 87-791-796.

Bender, L. (1960), *Autism in children with mental deficiency,* in "American Journal of Mental Deficiency", 63.

Berquez, G. (1983), *L'autisme infantile. Introduction à une clinique relationnelle selon Kanner,* Paris, P.U.F.

Berkson, G. (1990), *Repetitive stereotyped behaviors,* in "American Journal of Mental Deficiency", 88.

Bettelheim, B. (1967), *The Empty Fortress. Infantile Autism and the Birth of the Self,* New York, Free Press, MacMillian Publishing.

Blackstock, E. G. (1978), *Cerebral asymmetry and the development of infantile autism,* in "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia", 8.

Bosch, G. (1970), *Infantile Autism,* New York, D. Jordan & I. Jordan, Springler-Verlag.

Bowlby, J. (1970), *Attachment and Loss,* vol. 1, London, The Hogarth Press.

Bruner, J. S. (1975), *La capacité de conjonction de l'attention visuelle chez le très jeune enfant,* in "Nature", 253.

Bruner, J. S. (1983), *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire,* Paris, PUF.

Bruner, J. S., C. Feldman (1993), *Theories of mind and the problem of autism,* in S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism,* Oxford, Oxford University Press.

Bullinger, A. (1989), *Locomotion, posture et manipulation manuelle chez l'enfant autiste,* in *Autisme et troubles de développement global de l'enfant,* dir. Lelord, G., Muh, J.-P., Petit M., Sauvage, D., Paris, Expansion Scientifique Française.

Carr, E. G. (1980), *Generalization of treatment effects following educational interventions with autistic children,* in B. Wilcox & A. Thompson, *Critical Issues in Educating Autistic Children and Youth,* U. S. Department of Education.

Carr, E. G., Durand, V.M. (1985), *Reducing behavior problems through functional communication training,* in "Journal of Applied Behavior Analysis", 18.

Charlop, M.H. (1986), *Setting effects on the occurrence of autistic children's immediate echolalia,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 16.

Coleman, M, C. Gillberg (1986), *Biologie des syndromes d'autisme,* Paris, Ed. Maloine.

Cook, R. E., A. Tessier, M. D. Klein (2000), *Adapting Early Childhood Curricula for Children in Inclusive Settings,* New Jersey, Merrill Prentice Hall.

Corbett, J. (1982), *Epilepsy and the electroencephalogram in early childhood psychoses*, in Wing, J. K., Wing, L. (eds), *Handbook of Psychiatry*, London, Cambridge University Press.

Courchesne, E., G. A. Press, J. R. Hesselink, T. L. Jernigan (1988), *Hypoplasia of cerebellar vermal lobules VI and VII in autism*, in "New England Journal of Medicine", 318 (21).

Dalgleish, B. (1975), *Cognitive processing and lingvistic reference in autistic children*, in "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia", 5.

Dalrymple, N. (1992), *Helpful Responses to Some of the Behaviors of Individual with Autism*, Indiana University.

Damasio, A. R., R. G. Maurer (1978), *A neurological model for childhood autism*, in "Archives of Neurology", 35 (12).

De Myer, M. K., J. N. Hintingen, R. K. Jackson (1981), *Infantile autism reviewed: A decade of research*, in "Schizophrenia Bulletin", 7.

Dentsch Smith, D. (2001), *Introduction to Special Education*, USA, Allyn and Bacon.

Dicționar de psihiatrie și de psihopatologie clinică - Larousse (1998), București, Ed. Univers Enciclopedic.

Dolto, F. (1985), *La cause des enfants*, Paris, Ed. Robert Laffont.

Duché, D.J. (1969), *Les psychoses de l'enfant*, Rapport du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Bruxelles.

Egel, A. L. (1980), *The effects of constant versus varied reinforcer presentation on responding by autistic children*, in "Journal of Experimental Child Psychology", 3.

Fezster, C. B. (1961), *Positive reinforcement and behavior deficitis in autistic children*, in "World Development", 32.

Fletcher, W.B. (1995), *Mental development and insanity of children*, in "International Clinic".

Fordham, M. (1965), *Contribution à une théorie de l'autisme infantile*, in "La psychiatrie de l'enfant", 8, 1.

Frith, U., S. Baron-Cohen (1987), *Perception in Autism*, in Cohen D. J., Donnellan, M. (eds), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, New York, Wiley & Sons.

Frith, U. (1989), *Autism: Explaining the Enigma*, Cambridge, MA: Blackwell Publishers.

Frombonne, E. (1994), *Etudes des itinéraires d'enfants autistiques et psychotiques et de leur devenir à l'adolescence et à l'âge adulte*, in "Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence", 1-2.

Garreau, B., C. Barthélémy, D. Sauvage, G. Lelord (1984), *A comparision of autistic syndromes with and without associated neurological problems*, in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 14.

George, M. S., D. C. Costa. H. A. Ring, P. J. Ell (1992), *Cerebral blood flow abnormalities in adults with infantile autism*, in "Archives of Neurology", 35.

Ghiran, V., F. Iftene (1996), *Aspecte de psihiatrie clinică şi socială a copilului şi adolescentului*, Cluj-Napoca, Ed. Genesis.

Gillberg, C. S, Steffenburg (1987), *Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: A population study of 46 cases followed through puberty, in* "Journal of Autism and Developmental Disorders", 17.

Gillberg, C. (1991) *The treatment of epilepsy in autism*, in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 21.

Goldfarb, W. (1956), *Receptor preferences in schizophrenic children*, in "Archives of Neurology and Psychiatry", 76.

Goldstein, K. (1959), *Abnormal conditions in infancy*, in "Journal of Nervous and Mental Diseases", 128.

Goshen, C. E. (1963), *Mental retardation and neurotic maternal attitudes*, in "Archives of General Psychiatry", 76.

Grandin, T. (1992), *An inside view of autism*, in E. Schopler, G. Mesibov (eds.), *High functioning Individuals with Autism*, New York, Plenum Press.

Haelewyck, M.-C, G. Magerotte, N. Montreuil (1988), *Une méthode facilitant la généralisation : Le milieu "teaching"*, in *Etat de recherche en déficience mentale* (Premier congrès international francophone, Lausanne, AIRHM).

Happé, F., U. Frith (1997), *Central coherence and theory of mind in autism: Reading homographs in context*, in "British Journal of Developmental Psychology", 15.

Harlow, H. F. (1958), *The Nature of Love*, in "American Psychologist", 12.

Hauser, S. L., G. R. DeLong, N. P. Rosman (1975), *Pneumographic findings in the infantile autism syndrome: a correlation with temporal lobe disease*, in "Brain", 98.

Heely, A. F., G. E. Roberts (1965), *Tryptophan metabolism in psychotic children*, in "Dev. Med. Child Neurol.", 7.

Hermelin, B., N. O'Connor (1970), *Psychological Experiences with Autistic Children*, Oxford, Pergamon.

Hobson, R. P. (1993), *Autism and the Development of Mind*, London, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Hobson, R. P. (1983), *The autistic child's recognition of age-related features of people, animals and things*, in "British Journal of Developmental Psychology", 4.

Hobson, R. P. (1989), *Beyond cognition. A theory of autism*, in Dawson, G. (ed.), *Autism*, New York, The Guilford Press.

Hochmann, J. (1997), *Pour soigner l'enfant autiste*, Paris, Ed. Odile Jacob.

Holmes, N., R. Hemsley, J. Rickett, H. Likierman (1982), *Parents as cotherapists: Their perceptions of a home - based behavioral treatment for autistic children*, in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 4.

Horwitz, B., J. M. Rumsey, C. L. Grady (1988), *The cerebral metabolic landscape in autism: Intercorrelations of regional glucose utilization*, in "Archives of neurology", 45.

Houzel, D. (1985), *Nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile*, in Lebovici, S., R. Diatkine, M. Soulé (1985), *Nouveau traité de psychiatrie de l 'enfant et de l 'adolescent*, tome 2, Paris, Presses Universitaires de France.

Howlin, P., M. Rutter (1987), *Treatment of Autistic Children*, Chichester, John Wiley & Sons.

Hutt, C, C. Ounsted (1966), *The biological significance of gaze aversion with particular reference to the syndrome of infantile autism*, in "Behavioral Science", 11.

Iwata, B.A., M.F. Dorsey, (1994), *Toward a functional analysis of self-injury*, in "Journal of Applied Behavior Analysis", 27.

Jackson, L. (1972), *Non-speaking children*, in "British Journal of Medical Psychology", 23.

Jacobson, R., A. LeConteur, P. Howlin, M. Rutter (1988), *Selective subcortical anomalies in autism*, in "Pyschological Medicine", 18.

James, A. L., R. J. Barry (1980), *A review of psychophysiology in early onset psychosis*, in "Schizophrenia Bulletin", 6.

Jongsma, A. E., L. M. Peterson, W. P. Mclnnis (1996), *The Child and Adolescent Psychotherapy Treatment Planner*, New York, John Wiley & Sons.

Jordan, R., S. Powell (1995), *Understanding and Teaching Children with Autism*, Chichester, John Wiley & Sons.

Kanner, L. (1943), *Autistic Disturbances of Affective Contact*, in "Nervous Child", 2.

Kanner, L. (1971), *Follow up study of eleven autistic children originally reported in 1943*, in "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia".

Kaufman, B. N. (1976), *Son Rise*, New York, Harper and Row.

Koegel, R.L., Egel, A.L., Williams, M. (1980), *Behavioral contrasts across settings in teaching autistic children*, in "Journal of Experimental Psychology", 5.

Konstantareas, M., E. Blackstock (1981), *Initiation à l'autisme*, Montréal, Société Québécoise pour Enfants Autistiques.

Lacan, J. (1981), *Origine et fin de mon enseignement*, Conférence à Lyon en 1967, in "Bulletin de liaison du CES de psychiatrie de Lyon".

Ladouseur, R., O. Fountaine, J. Coltraux (1993), *Thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Masson.

Lebovici, S., F. Weil-Halpen (1989), *Psychopathologie du bébé*, Paris, Presses Universitaires de France.

Lebovici, S., R. Diatkine, M. Soulé (1985), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, tome 2, Paris, PUF.

Lefort, R. (1988), *Les structures de la psychose*, Paris, Seuil.

Lewis, M.H., Baumeister, A.A. (1987), *A neurobiological alternative to the perceptual reinforcement hypothesis of stereotyped behavior: a commentary on self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement*, in "Journal of Applied Behavior Analysis, 11.

Lichstein, K.L., R. G. Wahler (1976), *The ecological assessment of an autistic child*, in "Journal of Abnormal Child Psychology", vol. 4, 1, New York, Plenum Press.

Lotter, V. (1974), *Factors related to outcome in autistic children*, in "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia", 4.

Lovaas, O., J. P. Berberich, B. F. Perloff, B. Schaeffer (1966), *Acquisition of imitative speech by schizophrenic children*, in "Science", 151.

Lovaas, O., A. Litrownik, R. Mann (1971) *Response lateness to auditory stimuli in autistic children engaged in self-stimulatory behavior*, in "Behavior Research and Therapy", 9.

Lovaas, O., C. Schreibman (1971), *Stimulus overselectivity of autistic children in a two stimulus situation*, in "Behavioral Research Therapy", 9.

Lovaas, O., R. Koegel, J. Q. Simmons, J. S. Long (1973), *Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy*, in "Journal of Applied Behavior Analysis", 6.

Lovaas, O. (1977), *The Autistic Child: Language Development through Behavior Modification*, New York, Wiley.

Lovaas, O. (1987), *Behavioral treatment and normal educational and intellectual functionning in young autistic children*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 55.

Magerotte, G., M. Deprez (1992), *L'éducation des enfants et des adolescents autistes*, Projet Caroline, Annexes, Université de Mons-Hainaut.

Mahler, M. (1968), *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, vol. I: *Infantile Psychosis*, New York, International Universities Press.

Maier, N.R.F. (1961), *Studies of Abnormal Behavior in the Rat*, New York, Harper Col lins.

Mannoni, O. (1965), *Itard et son sauvage*, in "Les Temps Modernes", 233.

Marcelli, D. (1983), *La position autistique. Hypothèses psychopathologiques et ontogénétiques*, in "Psychiatrie de l'enfant", 26,1.

Martineau, J., F. Laffont, G. Lelord (1980), *Event-related potentials evoked by sensory stimulation in normal, mentally retarded and autistic children*, in "Electroencephalographic Clinical Neurophysiology", 48.

Massie, H. (1978), *The early natural history of childhood psychosis. Ten case studies by analysis of family home movie of the infancies of the children*, in "J. Am. Acad. Child. Psychiatry", 17.

Mazet, P. (1990), *Dysfonctionnements intèractifs précoces et évolution autistique ultèrieure*, in *Autisme et psychoses de l'enfant*, dir. Mazet, P., Lebovici, S., Paris, PUF.

Mazet, P., S. Stoleru (1993), *Psychopathologie du nourrison et du jeune enfant*, Paris, Masson, coll. "Abrégés de Médecine".

Messerschmitt, P. (1990), *Clinique des Syndromes Autistiques*, Paris, Ed. Maloine.

Metz, J. R. (1967), *Stimulation level preferences of autistic children*, in "Journal of Abnormal Psychology", 72.

McBrige, N., C. Logie (1995), *Critical Teaching Concepts for Children with Autism*, TEACCH Program, South Carolina.

Meese, R. L. (2001), *Teaching Learners with Mild Disabilities*, Wadsworth, Thomson Learning.

Milcent, C. (1991), *L'autisme au quotidien*, Paris, Ed. Odile Jacob.

Miller, Y., D. Yoder (1974), *An ontogenic language teaching strategy for retarded children*, in Schrefelbush, R. L., Lloyd, L. L. (Ed.), *Language Perspectives - Acquisition, Retardation and Intervention*, Baltimore, University Park Press.

Minkowski, E. (1999), *Schizofrenia*, Bucureşti, Ed. IRI.

Misès, R., N. Quemada (1993), *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent*, 3-ème ed., Paris, PUF.

Misès, R., R. Perron (1993), *L'adolescence des enfants autistiques et psychotiques*, in "Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence", 1-2.

Nelson, C. A., M. Luciana (2001), *Handbook of Developmental Cognitive Neuroscience*, part 3 - *Neurodevelopmental Aspects of Clinical Disorders: Emotion and Cognition Interactions*, Massachussets, Institute of Technology.

Ornitz, E. M., E. R. Ritvo (1968), *Perceptual inconstancy in early infantile autism*, in "Archives of General Psychiatry", 18.

Ornitz, E. M., D. Guthrie, A. J. Farley (1977), *Early development of autistic children*, in "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia", 7.

Park, C. C. (1982), *The Siege. The First Eight Years of an Autistic Child*, New York, Back Bay Books.

Parks, S. L. (1983), *The assessment of autistic children: A selective review of available instruments*, in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 13.

Piaget, J. (1952), *The Origins of Intelligence in Children*, New York, International Universities Press.

Piaget, J. (1954), *The Construction of Reality in Child*, New York, Basic.

Piaget, J., B. Inhelder (1972), *Psihologia copilului*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

Powell, S., R. Jordan (1997), *Autism and Learning*, London, David Fulton Publishers.

Prior, M. R. (1977), *Psycholinguistic disabilities of autistic and retarded children*, in "Journal of Mental Deficiency Research", 21.

Prizant, B., J. Duchan (1981), *The function of immediate echolalia in autistic children*, in "Journal of Speech and Hearing Disorders", 46.

Reynolds, C. R., R. W. Kamphaus (1990), *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children. Personality, Behavior and Context*, New York, Guilford Press.

Rimland, B. (1964), *Infantile Autism*, New York, Appleton.

Ruesch, J. (1976), *Disturbed Communication*, New York, W.W. Northon.

Rutter, M. (1970), *Autistic children: Infancy to Adulthood*, "Seminars in Psychiatry", 2.

Rutter, M. (1974), *The development of infantile autism*, in "Psychological medecine", 4.

Rutter, M., E. Schopler (1978), *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment*, New York, Plenum Press.

Rutter, M. (1985), *Infantile Autism and Other Pervasive Developmental Disorders*, in Rutter, M., Hersov, L., *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*, 2[nd]. Ed., London, Blackwell Scientific Publications.

Rutter, M., A. H. Turna, I. S. Lann (1988), *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*, New York, Guilford Press.

Sailor, W., (1983), *Severely handicapped students: An instructional design*, Boston, Houghton Mifflin.

Sander, L. W. (1962), *Issues in early mother-child interaction*, in "Journal of the American Academy of Child Psychiatry", 1.

Sarvis, M. S., P. Garcia (1961), *Etiological Variables in Autism*, in "Psychiatry", 24.

Sauvage, D. (1984), *Autisme du nourrison et du jeune enfant* (1-ère ed.), Paris, Masson.

Schopler, E., R. Y. Reichler (1979), *Individual Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children*, vol. I, in *P.E.P.* "Autism", TX, Pro-Ed.

Schopler, E., M. Lansing, L. Waters (1999), *Activités d'enseignement pour enfants autistes*, Paris, Masson.

Schopler, E., G. Mesibov, K. Hearsey (1995), *Structured Teaching in the TEACCH System*, University of North Carolina.

Schopler, E., G. Mesibov (1986), *L'acquisition des compétences sociales*, New York, Plenum Press.

Schopler, E., G. Mesibov (1992), *High-functioning Individuals with Autism*, New York, Plenum Press.

Schopler, E., Lansing, M., Waters, L. (1993), *Activités d'enseignement pour enfants autistes*, Paris, Masson.

Seguin, E. (1846), cit. de Mannoni, O. (1965), *Itard et son sauvage*, in "Les Temps Modernes", 233.

Sigman, M, J. A. Ungerer, P. Mundy, T. Sherman (1987), *Cognition in autistic children*, in Cohen, D.J., Donnellan, A. M. (eds), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, New York, Wiley & Sons.

Simmons, J., C. Baltaxe (1975), *Language patterns of adolescents autistics*, in "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia", 5.

Sinclair-De Zwart, H., B. Inhelder, I. Lézine (1972), *Les débuts de la fonction symbolique,* in *Modèles animaux du comportement humain,* Paris, CNRS.

Sherman, M., R. Nass, T. Shapiro (1984), *Brief report: Regional cerebral blood flow in autism,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 14.

Soulayrol, R. G., M. Sokolowsky, J. Viondury, C. Moulinas, O. Cazes (1987), *Le dos, un mode d'approche préférenciel chez l'enfant psychotique?,* in "Neuropsychiatrie de l'enfance", 35 (1).

Spitz, R. A. (1964), *The derailment of dialogue,* in "Journal of the American Pychoanalytic Association", 12.

Stokes, T. F., D. M. Baer, (1977), *An implicit theory of generalisation,* in "Journal of Applied Behavior Analysis", 10.

Szurek, S.A. (1973), *Attachment and psychotic detachment,* in Szurek, S. A., Berlin, I. N. (eds), *Clinical Studies in Childhood Psychoses,* New York, Brunner/Mazet.

Tager-Flusberg, H. (1981), *On the nature of linguistic functionning in early infantile autism,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 11.

Tanguay, P. E., R. Asarnow (1985), *Schizophrenia in children,* in R. Michaels ed., *Psychiatry,* Philadelphia, Lipincott.

Tanguay, P., R. M. Edwards, J. Buchwald, V. Allen (1982), *Auditory brainsten evoked responses in autistic children,* in "Archives of General Psychiatry", 39.

Tinbergen, E. A., N. Tinbergen, (1983), *Early childhood autism: An ethological approach,* in "Advances in Ethology, Journal of Comparative Ethology", 10, Berlin, Paul Berry.

Tubbs, V. K. (1966), *Types of linguistic disability in psychotic children,* in "Journal of Mental Deficiency Research", 10.

Tustin, F. (1972), *Autism and Childhood Psychosis,* London, The Hogarth Press.

Vidal, J.-M. (1990), *Repérage dans le fonctionnement psychique d'autistes adultes, questions étiques, épistemologiques et cliniques,* in "Revue française de psychiatrie", 8, 4.

Vidal, J.-M. (1992), *"Theory of mind" ou "theory of love"? Un éclairage à partir des symptomes autistiques,* in *Développement de l'enfant. Approches comparatives,* sous la direction de M. Deleau, A. Weil-Barais, PUF.

Vidal, J.-M. (1993), *Discontinuités psychiques entre animaux et humains - éclairage sur la monade autistique,* in "Psychiatrie de l'enfant", 36.

Volkmar, F. R. (1998), *Autism and Pervasive Developmental Disorders,* Cambridge University Press.

Ward, A. J. (1972), The use *of structural therapy in the treatment of autistic children,* in "Psychotherapy: Theory, Research and Practice", 9.

Watson, L., C. Lord, B. Schaffer, E. Schoppler (1989), *Teaching Spontaneous Communication to Autistic and Developmentally Handicapped Children,* New York, Irvington.

Weihs, T. J. (1998), *Copilul cu nevoi speciale*, Cluj-Napoca, Ed. Humanitas.

Wetherby, A. (1984), *Possible neurolinguistic breakdown in autistic children*, in "Topics in Language Disorders", 4.

Wetherby, A., C. Prutting (1984), *Profiles of communication and cognitive-social abililies in autistic children*, in "Journal of Speech and Hearing Research", 27.

Willems, E. P. (1974), *Behaviorai technology and behavioral ecology*, in "Journal of Applied Behavior Analysis", 7.

Wing, L. (1987), *Aspects of Autism. Biological Research*, Oxford, Alden Press, Gaskell Psychiatry Series, The National Autistic Society.

Wing, L. (1981), *Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation*, in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 11.

Wing, L., J. Gould (1977), *Symbolic play in severely mentally retarded and autistic children*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 18.

Wing, L. (1980), *Autistic Children: A Guide for Parents*, London, Constable.

Winnicot, D. W. (1962), *The Maturational Process and the Facilitating Environment*, London, Hogarth Press.

Wolf, M. M., T. Risley, H. Mees (1964), *Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child*, in "Behavior Research and Therapy", I.

World Health Organisation (1990), *Mental Disorders: a Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the 10th revision of the International Classification of Diseases (ICD-10)*, Geneva, World Health Organisation.

Wulff, S. B. (1985), *The symbolic and object play of children with autism: a review*, in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 15.

http://perso.wanadoo.fr/gerard.mercuriali/comprendreautisme/On affirmait.html

http://perso.wanadoo.fr/gerard.mercuriali/therapiesEducatives/Education.html

http://perso.wanadoo.fr/gerard.mercuriali/therapiesEducatives/Socialis ation.html

http://people.sca.uqam.ca/-sqa/lovaasf.html

http://people.sca.uqam.ca/~sqa/ArticleLebeau.html

Cartea doamnei lector dr. Cristina Mureşan se impune prin actualitatea informaţiilor ştiinţifice, de nuanţă interdisciplinară, referitoare la problematica atât de complexă a etiologiei, diagnosticării şi terapiei autismului. Prin modul de abordare a acestei problematici, lucrarea are o certă valoare teoretică, metodologică şi mai ales aplicativă, fiind destinată psihologilor, psihopedagogilor, medicilor psihiatri, studenţilor din aceste domenii, cât şi părinţilor care se preocupă de recuperarea, educarea şi problemele existenţiale ale copiilor cu autism.

Prof.univ. dr. VASILE PREDA



Preţ:
1,60 Lei

ISBN: 978-973-610-622-4

